

Қазақстан Республикасының білім және ғылым министрлігі
Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

Ирисметов Сирожиддин

**БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІК
ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУҒА БАҒЫТТАЛҒАН МЕДИЦИНАЛЫҚ
КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ**

**110200-қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы бойынша академиялық
магистр дәрежесін иеленуге арналған диссертациялық еңбек.**

Ғылыми жетекшісі: м.ғ.д., профессор Булешов М.А.

Түркістан- 2019

МАЗМҰНЫ

	Шартты қысқартулар мен белгілер	3
	Кіріспе	4
1	Балалық жастағы және жасөспірімдердің репродуктивтік денсаулығын қорғау мәселелері (әдеби шолу)	7
2	Зерттеу материалы мен әдістері	18
3	БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРГЕ АРНАЛҒАН РЕПРОДУКТИВТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ	20
	Қорытынды	47
	Тұжырым	58
	Тәжірибелік ұсыныстар	59
	Қолданылған әдебиеттер тізімі:	60

ШАРТТЫ ҚЫСҚАРТУЛАР МЕН БЕЛГІЛЕР

АЖП – андрология жүйе патологиялары

АЕҰ – амбулаторлық-емханалық ұйы

ӘГМ – әлеуметтік – гигиеналық мониторинг

СТ – скринингтік жүйе

ДДСҰ – дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

ОПО – облыстық перинаталдық орталық

РЖА – репродуктивтік жүйе аурулары

КІРІСПЕ

Мәселенің өзектілігі. Еліміздің ата заңында әрбір азаматтың өз денсаулығын қорғауға құқығы бар екендігі баса көрсетілген. Дәл осы Біріккен Ұлттар Ұйымының Бас Ассамблеясының 1948 жылдың 10 желтоқсанында өткен 3 сессиясында қабылдаған адамдардың құқығын қорғау туралы декларациясымен тікелей байланысты. Президент Н.Ә. Назарбаевтың «Қазақстан-2030» - Барлық Қазақстандықтардың өсіп-өркендеуі, қауіпсіздігі және әл-ауқатының артуы» деп аталатын Республика халқына жолдауында төртінші ұзақ мерзімдік басымдылық ретінде Қазақстан азаматтарының денсаулығы, білімі мен тұрмыс-тіршілігін арттыру мәселесі қойылған. Мектеп жасындағы қыздардың денсаулығын сақтау мәселелері мемлекет пен денсаулық сақтау ұйымдары және бүкіл қоғам үшін ең басым бағыттар қатарына жатқызылды. Олардың денсаулығына мемлекет тарапынан жасалып жатқан қамқорлықтың тереңдігін 2010-2015 жылдар аралығында ел тұрғындарының денсаулығын нығайтуға арналған Ұлттық «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының орындалу сапасынан айқын көрінеді. Осы бағдарламаларда жастардың денсаулығын қорғау және демографиялық ахуалды одан ары жақсарту мәселесі мемлекеттің ең маңызды әлеуметтік міндеті деп жариялаған [1,2].

Республика халқының демографиялық жағдайына тұрғындардың репродуктивтік денсаулығы тікелей әсер ететіндігі белгілі. Жер бетін жайлаған әлеуметтік-экономикалық тоқырау жағдайында Республика халқының репродуктивтік денсаулығы шешілмеген өзекті медициналық-әлеуметтік мәселелеге айналып отыр.

Репродуктивтік денсаулықты сақтау медициналық-санитарлық қызмет көрсету саласының ғана қызметтік деп есептеуге болмайды. Алайда бұл жұмыс денсаулық сақтау саласының ең маңызды бір тармағы ретінде барынша жетілдіру үстінде деуге болады.

Ал репродуктивті денсаулықты қорғау мәселесі Республика тұрғындарының популяциялық және жекелей денсаулық көрсеткіштерінде дұрыс бағыттарға қол жеткізу, олардың арасында аурудың асқынуынан ерте жастан мүгедек немесе өлім болу оқиғаларын барынша төмендету деп көрсетілген. Мемлекеттің «2020 жылға дейінгі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау стратегиясы» да репродуктивтік денсаулықты күшейтудің бір жолы ретінде мектеп жасындағы қыздарға көрсетілетін медициналық көмек сапасын арттыру деп есептеген. Жалпы озық денсаулық сақтау саласы қызметкерлері репродуктивтік денсаулықты «Отбасында репродуктивтік жүйенің барлық қызметтері мен үрдістерін қамтитын, сонымен қатар үйлесімді психосексуалдық қарым-қатынас пен ұрпақ өрбіту мәселелеріне қатысты толық физикалық, психикалық және әлеуметтік ырыс-берекесінің қалыптасқан жағдайы» деп есептейді. Сонымен мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығын жақсарту арқылы дүниеге денсаулығы дұрыс ұрпақтардың келуіне жол ашу денсаулық саласының өте маңызды міндеттерінің бірі екендігі түсінікті [3].

Мектеп жасындағы қыздардың Репродуктивтік денсаулығын жақсарту, денсаулық бұзылыстарның алдын алу, оның ішінде, ем жасау сауықтыру және профилактикалық көмек көрсету шараларын қамтамасыз ету жұмыстарына бағытталған бағдарламаларынан тұрады. Мектеп жасындағы қыздардың Репродуктивтік денсаулығын сақтауға бағытталған кез-келген бағдарлама жергілікті және ұлттық деңгейде қолданылатын тәсілдермен жүргізіледі, оған көптеген мекемелер, секторлар және тұрғындар топтары тарапынан қолдауын тапқан ұлттық деңгейдегі үйлестірілген және жүйелі қолдау көрсетілуін талап етеді [4,5].

Біздің республикада мектеп жасындағы қыздардың репродуктивті денсаулығын сақтау саласын одан ары дамыту мәселесі дұрыс жолға қойылған.

Алайда Республикамыздағы мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығы жылдан-жылға нашарлау үстінде екендігі байқалады. Сондықтан осы әлеуметтік топтың репродуктивтік денсаулығын сақтаудың тиімді саясатын жасау қажеттілігі туындап отыр.

Қыздардың Репродуктивті денсаулығының төмен деңгейде сақталуы Республикада бүгінгі күнге дейін бала тууды реттеудің контрацепциялық тәсілдерінің бірі ретінде қолданылып келе жатқан жасанды түсік тастаудың жоғары деңгейінің сақталуымен байланысты болып отыр. Түсік тастау мектеп жасындағы қыздардың репродукциялық жүйесіндегі патологиялық бұзылыстарының асқынуына алып келеді және аналар өлімінің жоғары болып қалыптасуының негізгі себепкердің ең бастысы деп қарастыруға болады [6,7].

Әлеуметтік-демографиялық дағдарыс денсаулық саласына, соның ішінде репродуктивтік денсаулықты қорғау саласына ықпалын тигізбей қоймайтындығы белгілі. Қаржылық қорлардың күрт азаюы және біртіндеп жеке меншікті медицинаға өту денсаулық сақтау саласының барлық қызметін қайта құруды талап етіп отыр деуге болады.

Мектеп жасындағы қыздардың Репродуктивті денсаулығын сақтаудың мемлекеттік саясатын жүзеге асыру барысында бірқатар қиындықтарды жеңу қажеттігі туындап отыр. олардың бірі мекемелердің материалдық-техникалық базасының төмендігі нәтижесінен туындап отыр деуге болады. Алайда репродуктивтік денсаулықты сақтау саласындағы кез-келген алға қарай жылжу өте қымбат техниканы және осы салаға білікті мамандарды тартуды талап етеді дегенді білдірмейді. Денсаулық сақтау саласында үшін шығынды барынша аз қажет ететін, бірақ жоғары нәтижелерге қол жеткізуге жол ашатын Репродуктивтік технологияларды ендіру өзекті мәселеге айналып отырғандығын атап өтпеуге болмайды [8].

Еліміздегі денсаулық сақтау саласында инновациялық технологияларды ендіру механизмі жетілдірілу, репродуктивтік денсаулықты сақтау жүйесін басқарудың бірыңғай тұжырымдамасын жасау ғылыми тұрғыда негізделген ұйымдастырушылық-экономикалық жүйені құру жұмыстары қолға алынауда.

Зерттеу мақсаты:

Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығын сақтауды ұйымдастыру мен басқару жүйесін жетілдіру ісін заманауи талаптарға сай ғылыми тұрғыда негіздеу.

Осы мақсатты жүзеге асыру үшін келесі **міндеттерді** іске асыру қажет:

1. Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығын сақтауды ұйымдастыруда анықталған мәселелерді сараптау және баға беру.

2. Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығы мен әлеуметтік-гигиеналық, медициналық-биологиялық, медициналық-ұйымдастырушылық және өзге қатерлі себептермен байланысын сандық және сапалық тұрғыда бағалау.

3. Қыздардың репродуктивтік денсаулығын қалыптастырудағы репродуктивті мінез құлықтың ролі мен орнын анықтау.

4. Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығын сақтауды басқару жүйесінде инновациялық технологияларды қолдану тиімділігін бағалау қортындылары.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы.

Жүзеге асырылған ғылыми – зерттеу жұмыстарының нәтижесінде алғаш рет:

- Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығының медициналық-әлеуметтік сипаттамасы жасалады.

- Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығын әлеуметтік-гигиеналық және медициналық тұрғыда кешенді бағалау арқылы, оның қалыптасу ерекшеліктерін бағаланды.

Ғылыми-практикалық маңыздылығы

Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығын сақтау мәселелерін жүйелі талдау негізінде осы саланы басқарудың ғылыми-тәжірибелік нәтижелері сарапталады.

Мектеп жасындағы қыздардың Репродуктивтік денсаулығын сақтау саласының өзекті мәселелерін зерттеу барысында алынған нәтижелер ОҚММФА денсаулық сақтау саласын ұйымдастырушы мамандарға арналған циклдарда және акушер-гинеколог дәрігерлерді дипломнан кейін даярлау семинарларында, денсаулықты нығайту орталықтарының және салауатты өмір салтын қалыптасытру орталықтары қызметкерлерінің білімін арттыруға арналған семинарларда қолданылуда.

Қорғауға ұсынылған негізгі қағидалар

1. Мектеп жасындағы қыздар арасында әлеуметтік-гигиеналық, медициналық-ұйымдастырушылық сипаттағы қатерлі себептер репродуктивтік денсаулықтың қалыптасуына басым әсерін тигізеді.

1. БАЛАЛЫҚ ЖАСТАҒЫ ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Біздің зерттеуіміздің негізгі мақсаты денсаулыққа және репродуктивтік денсаулыққа байланысты қалыптасқан өзекті жалпы және тәрбиелік міндеттерді шешу. Көтерілген мәселелердің өзектілігі көптеген зерттеушілердің тақырыпқа деген қызығушылығын тудырды[9,10]. Тұрғындардың репродуктивтік денсаулығына байланысты мәселелерімен көптеген зерттеушілер айналысқан. Оның ішінде, жастардың репродуктивтік денсаулығыне қалыптастырудағы педагогикалық мәселелермен Мельничук И.А. айналысқан, ал Роженко О.В. болса жыныстық жолмен берілетін аурулардың алдын алу мәселерімен айналысқан, Гапличник Т.И. жастар мен жасөспірімдердің репродуктивтік жыныстық мінез – құлқын, себебін, қатынасын анықтаған. Біздің зерттеуіміздің басты мәні жастардың репродуктивтік денсаулығын қорғаудың қазіргі жағдайы болып табылады. Зерттеу объектісі - жас жігіттер мен 10 жастан 18 жасқа дейінгі қыздар деп қарастырылды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) анықтамасы бойынша денсаулық дегеніміз адамда аурулар мен физикалық ақаудың жоқтығы ғана емес, сонымен қатар толық физикалық, әлеуметтік, рухани салауаттылығы [11,12].

Сонымен бірге, «Денсаулық» ұғымы антропометриялық, клиникалық, физиологиялық және биохимиялық көрсеткіштердің шартты және объективті жиынтығы ғана емес, жастық және жыныстық себептер, климаттық және географиялық жағдай да кіреді.. Осы аталған ұғымдар – репродуктивті денсаулықты құрайды. Кайр қаласында 1994 жылы өткен Халықаралық конференция бағдарламасының сұрақтарына сәйкес репродуктивтік денсаулық - халықтың қоныстану мен дамуы, репродуктивті жүйенің аурулары, оның қызметі мен үдерістеріндегі бұзылысының жоқтығы ғана емес, сонымен қатар, физикалық және әлеуметтік әл- ауқатының жақсаруы болып табылады. Бұл қанағаттанарлық және қауіпсіз жыныстық қатынасты, өз еркімен жанұяны жоспарлау және дүниеге сәби әкелу қабілетін жаңғырту сұрақтарын білдіреді [13,14]. Заңға қайшы келмейтін әйелдер мен ерлерің қауіпсіз және тиімді, бағасына қол жетімді туулуды реттеу әдісінің қолайлылығын қарастыратын құқықтық мәліметке қолжетімділік. Дені сау нәрестенің туулуына оптималды жағдай жасайтын әйелге жүктілікті аман – есен өткізуді және босануға жағдай жасауды, денсаулық сақтау саласының қызметіне сай мүмкіншілікті бекітудің қолжетімділігі. Репродуктивті денсаулық түсінігіне, сондай – ақ, сексуалды денсаулық жағдайы адамға толыққанды жыныстық қатынасты сезіну және жүзеге асыру, одан қанағаттанарлық күй кешуі кіреді. Бұл феномен социологтарға, социалды – психологтарға, репродуктивті денсаулықты тәжірибеде толыққанды өткізетін соның объектісі империкалық, сол сияқты социалды теоретика және

социалды психологиялық зерттеулерге ерекше қызығушылықты танытады. Осы мәселені нақтылау барысында барлығын зерттей келе, сексуалды және репродуктивті тәртіпті оқшаулауға болады [15,16,17].

Осы байланыста ерекше қызығушылықты жастар мен жасөспірімдердің репродуктивті және сексуалды тәртіпке еруі, сол себепті жасөспірімдік жаста жасөспірімнің мінез – құлқы өзгереді, көпшілігінің денсаулығына және өмір сүру ұзақтығына әсер етеді. Қызығушылық тудыратын екі мәселе «сексуалдық» және «репродуктивтік» үрдістерін, олардың ұғымымен байланысты. Сол себепті қазіргі таңда халықтың репродуктивті денсаулығына медициналық қызметкерлер және психологтар, социологтар қызығушылық танытуда. Ерекше көзқараста қатты социалды детерминантты бар жасөспірімдердің сексуалдылығы қажет етеді. Жасөспірімдердің арасындағы сексуалдылық мәселелеріне неқұрайлы қарауға болмайды. Себебі, мәселе өте шынайы, кейде трагедиялық жағдайларға әкеліп соғады. Шектен тыс талқылау жасөспірімдерге байланысты, кейде мифтарға, ұятқа, қорқынышқа байланысты [18,19].

Әсер ету типіне байланысты репродуктивті денсаулық 2 – түрлі эффектігі бөлуге болады. Токсикалық репродуктивтік – ер мен әйелдің жыныстық функциясын және ұрықтың дамуын айтуға болады.

Эффективтіліктің бірінші белгісі – Ер мен әйелдің репродуктивті денсаулық мынандай өзгерісті формада көрінеді, ұрықтың жай дамуында, ұрықтанудың және лебиданың төмендеуі, сперматогенез бен минструалдық циклдың тұрақты бұзылуы, гинекологиялық аурулар, жүктілік кезеңінің бұзылуы, түсік қауіптілігі, өздігінен түсік тастау, алдын – ала туулудың қауіптілігі, жүктіліктің екінші кезеңінің асқынуы, босану және лактация, алдын – ала репродуктивтіліктің қартаюы және т.б [20].

Эффективтіліктің екінші белгісі – туулуға дейінгі және туулудан кейінгі қалыпты ұрықтанудың бұзылуы, ұрықтануға дейінгі ата – ананың қайсысына бір жағымсыз әсер немесе ұрықтың дамуына пренатальды немесе постнатальды кезеңінің шартты түрі жатады. Бұларға өлі туулар, туа біткен пайда болған жүрек ақаулары, мормагенетикалық даму ақауы, нәрестенің үлкен және кіші салмағы, нәрестенің пропорциясының бұзылысы жатады. Репродуктивті денсаулық деңгейінің әртүрлі көрсеткіштерінің өзгеруі, сыртқы ортаның ластануының әсері физикалық цикл бойынша қарастырғанда нәрестені ұырықтандырудың болмауынан бастап, нәрестелердің денсаулық жағдайының бұзылуымен аяқтаймыз [21].

Сәбилердің репродуктивтілік денсаулығының жағымсыз өзгеруі - ата – анаға қоршаған ортаның ластану әсері және ұрықтың ерте жетілуі. Репродуктивті жүйе абалалар мен жасөспірімдер арасында қоршаған ортаның әртүрлі факторларына жоғары сезімталдылықпен әсер етеді. Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивті денсаулығының бұзылыс қауіпі ағзаның дамуы мен критикалық өсу кезеңінің және толыққанды бала туушылық қабілетінің жоғарылауы. Патогенездің қалыптасу бұзылысының функциясы күрделі. Қоршаған орта халықтың репродуктивті денсаулығына әсерін

тигізеді, сыртқы ортаның жағымсыз факторларына репродуктивтік жүйе өте сезімтал болып келеді. Дәрігер Ревич В.А. тұжырымы бойынша – спецификалық, спецификалық емес және конституциялық факторлар репродуктивті жүйеге экологиялық патологиялық тәуелділік қалыптастыруға әсерін тигізеді. Бұл бұзылыстар клиникалық, патофизиологиялық, иммунологиялық, биохимиялық өзгерістер түрінде көрінеді, қоршаған ортаның әртүрлі бірдей нәтижемен көрінеді [22,23,24].

Репродуктивті денсаулықтағы өзгерістерінің туындауы - фертильділіктің төмендеу формасымен көрінеді, яғни олар баланың ұрықтану қабілетімен, бедеулік жұптардың санның көбеюімен, патологиялық жүктілік пен босанудың жиіленуінен, минструальдық функцияның жиі бұзылысының жоғарылауымен және жыныстық ағзалардың спецификалық емес созылмалы қабыну ауруларымен (ұрықтың жағдайының нашарлауы мен өлі ұрықтың дамуы), гипотрофия салдарымен, гипоксия, жүрек ақауының дамуы, нәрестенің денсаулығының сапасының төмендігімен, мүгедек балалардың санының артуымен. Соңғы жылдары экологиялық репродуктология қарқынды дамуда. Фундаментальдық жағдайдың бірі – репродуктивтік жүйенің ерлер мен әйелдердің сыртқы факторлардың әртүрлі жағдайларына сезімталдылықтың қарқынды жоғарылауы болып табылады [25,26].

Репродуктивті денсаулықтың нашарлануы түрлі мәселелерге байланысты. Әйелдердің репродуктивті денсаулығына әсер ететін түрлі факторлар дәлелденген, олар 2 топқа бөлінеді:

1) Экзогенді факторлар – экологиялық – электромагниттік өріс, иондаушы сәулелер, жоғары температура. Осыға ұқсас мақала: «Өзбекстандағы әйелдердің репродуктивті денсаулығын бағалау көрсеткіштері – химиялық – алкоголь, некотин, наркотиктер, өнеркәсіп және тұрмыстық улар, дәрілік препараттар, биологиялық экология»

2) Эндогенді факторлар – горманальдық, метаболикалық Экологиялық мәселе. Әйелдердің репродуктивті денсаулығының ең маңызды қауіптілігі өндіріс орындарының және транспорттардан бөлінген қалдықтардың нәтижесінен атмосфераның жоғары деңгейде ластануы. Радиацияның аз дозасының ұзақ уақыт әсері репродуктивті жүйедегі жыныстық ұлпалардың бұзылысына ғана емес, репродуктивті жүйеге тікелей әсер етеді, сонымен қатар, нервтік және эндокриндік жүйеге жанама әсер тигізеді. Репродуктивті денсаулықтың бұзылысы ұрықтан баланың дамуы төмендейді және бедеулі жұптардың санның көбеюі артады, жүктілік пен босану патологиялары жиілейді, менуструальдық қызметтің бұзылысы мен жыныстық ағзалардың созылмалы қабыну ауруы жиі кездеседі, ұрықтың жағдайының төмендеуі (ұрық өлімі) алып келеді, гипертрофияға ұласады, гипоксия, дамудың ақауы, жаңа туылған сәбилердің денсаулығының нашарлауы байқалады, мүгедек сәбилердің көбеюіне алып келеді [27,28,29].

Жеткіліксіз тамақтану. Репродуктивті денсаулыққа әсерін тигізетін тағы бір жайт – дұрыс тамақтану. Ұрықтану кезінде ағзадағы тағамдық заттардың жеткіліксіздігін толықтырып, ден ұзындығы мен массасын қалыпқа

келтіру репродуктивті денсаулықтың жақсаруына алып келеді. Қазіргі заманның қыздарының дененің «стандартты» физикалық жағдайы нервтік анерексияның дамуына алып келуде [30,31].

Сонымен қатар, әйелдердің минструальдық және бала туушылдық қабілетінің бұзылысына алып келеді. Өсімдік текті азық – түлік құрамында фитоэстрогенді заттар (күнбағыс және жүгері майы, пияз, қызылша, капуста) гонодотропты бірігу, репродуктивті қызметке әсер ететін, лактацияның ұрықтану үрдісі. Жүктілікке дейінгі белоктік жетіспеушілік ағза массасының төмендеуіне және жүктілік кезінде ерте кезеңдік босану қауіпін, ұрықта туа біткен аномалияның дамуына, туылған сәбидің дене массасының төмен болуына, анадағы сүттің құрамының сапасы мен санының азаюына алып келеді. Майлар және май қышқылдары аналық жыныс безінің қызметіне әсер ететін А, Е витаминдерінің түзілуіне, жүктіліктің физиологиялық өту ағынына және ұрықтың миының дамуына әсер етеді. Ағзадағы лецитиннің аз мөлшері аналық жыныс безінің қызметінің нашарлауына әкеп соғады [32,33,34].

Түсік. 21ғ.басында дүние жүзінде 70 млн. Түсік тастау жүргізілген. Ресей дүние жүзі б-ша түсік тастаудан алдыңғы орында,1000 сәбиге шаққанда 1022 түсік тастау. Ресейде 1,6 млн. Түсік, солардын ішінде 20% - 18 жасқа дейінгі қыздар. Ресейде әрбір 3/1 әйел түсік тастайды. Туу қабілетті жастағы әйелдің 10% жылына 1 рет түсік тастайды ж/е 60% әйел бірінші жүктілігін үзеді. Ресейде 100 нәрестеге шаққанда орта есеппен 49,7 түсік тастау жүргізіледі. Бірінші рет дүние жүзі бойынша 2013 жылы түсік саны 1 млн. жетті, оған қарамастан әрбір әйел 2-рет кем дегенде аборт жасатады екен. «5 жыл ішінде түсік саны 24% төмендеді, бірақ млн. жуық әйел жүкті болудан айырылады. Бұл дүниежүзілік «Мать и дети» атты ғылыми форум бойынша жіңішке ж/е сезімтал сфера болады ж/е басты медициналық мәселе болып табылады. 2011-2013ж.ж. Твери қаласының перзентханасын зерттей отырып, жүктілікті үзуді зерттедік. Зерттей келе, мына нәтижеге қол жекіздік. 2011 жылы жүктілікті 1381 әйел, 2012 жылы 1357, 2013жылы 1300 әйел үзді. Олардын ішінде 2011 - 145, 2012 - 139, 2013 - 104 әйел бірінші жүктілігін үзді. 15-17 жас аралығындағы жүктілікті үзу 2,7% - дан 1,6% құрады. Бір жағымды жайт босану санының өскендігі байқалады. 2010ж - 14553, 2011ж -14775,2012ж - 15408. 2013 жылы 2012 жылға қарағанда 655 бала артық дүниеге келді [35,36,37].

Төмен репротивті денсаулық. Мемлекет бойынша басты акушер-гинекологтың мәліметі бойынша Ресейде 10 млн. тұрғын бедеу. Қазіргі таңда Ресейде 78 млн. әйел 15 – тен 49 жас аралығында, 39,1 млн. солардын ішінде 6 млн. бедеулікке ұшырағандар. Твер облысында орта есеппен алғанда 25-30% жанұяда жүктілік мәселесі бар. Репродуктивті денсаулық жастағы ерлер арасында үлкен адам бедеулікпен азп шегеді. Дәлел бойынша 100 бедеу жұптардын 40-46% ер адамның бедеулігінің есебінен сәби сүйе алмайды. Ерлердің бедеулігі жыныстық жолмен берілетін инфекцияларға, сонымен қатар АИТВ-ң әсері , ерлердің репродутивті денсаулығына әсерін тигізетін

сырқы ортаның зиянды факторлары, зиянды әдеттері мен жұмыс жасау жағдайы [38,39,40].

2012 ж. Алғына қарай Ресейде 260 млн. әйел АИТВ инфекциясымен тіркелген. 2012 ж. ерлер мен әйелдер арақатынасы 1:1 қатынасын құрады, жыныстық жолмен жұқтырғандар 50% құрады. Твер облысы бойынша 31.12.10 ж. АИТВ инфекциясымен ауыратын әйелдер 1226 сәби дүниеге әкелі, сонын ішінде АИТВ инфекциясы бар 106 сәби дүниеге келді. Антиретровирусты терапияны қажет ететін барлық сәбилер ем алуда. 01.04.2011 ж. Твер облысы бойынша АИТВ инфекциясымен ауыратын әйелдерден 1277 сәби дүниеге келді, соның 110 сәбиде АИТВ инфекциясы байқалды. Соңғы тексеріс бойынша 10.02.2014 ж. 10117 сәби дүниеге келсе, соның ішінде 143 сәби ауруға шалдыққан. Осы мәліметтерге сүйенсек әйелдер денсаулық жағдайына тойтарыс беріп, өз өмірлерін және сәбилерінің болашағын қатерге тіккен. Осы әйелдердің денсаулығына қатерлі ісіктер, яғни сүт безі рагы мен жатыр - мойын рагы қауіп төндіреді. ВПЧ-ға қарсы жасалған вакцина қазіргі таңда қыздар мен жасөспірімдерге жасалуда. Репродуктивті денсаулықты сақтау үшін ИППП жайында мағлұмат беру, түсіктің профилактикасы халық арасында санитарлық жағдай ретінде кең таралуы, балалар мен жасөспірімдердің гигиенаға және адамгершілікке тәрбиелеу [41,42,43]. Твер облысындағы оқу орнында қыздар мен жасөспірімдер арасында жасалған сұрақ – алу нәтижесі бойынша барлығы – 370 қыз, орта жастары 17 – 19. Анкета жүргізу барысында 25 қыз (77%) жыныстық қатынасқа түсетіндігі анықталды. Қазіргі таңда ерте жастан жыныстық қатынасқа түсу ерте жүктіліктің болуына алып келеді, сол себепті жасөспірімдердің жүктілігі өзекті мәселе болып табылады. 30 қыз (9%) жүктілікті жасанды жолмен үзгендігі анықталды. Айта кететін жағдай қыздардың көбі жыныстық өмірдің гигиеналық мәліметін 38% ата – анадан, 46% мектептен, 10% сырқы ортадан алады. Зерттеу жасаудың нәтижесінен шығатын нәтиже ақпараттық – білім беру акциялардың систематикалық тәртібі жоғары сынып оқушылары мен студенттерге, жастарға ерте жастан толық, уақытылы ақпарат, түсінікті мәлімет алу, контрацепциялық заттарды дұрыс пайдалануға мәліметтер беруге мүмкіндік береді [44,45,46].

Біз Твер медициналық колледжінде акушерлік – гинекология пәндерінің өткізілуіне басты назар аударамыз. Репродуктивті денсаулықтың бұзылысына әкелуіне, әртүрлі бұзылыстарды ерте анықтау және алдын – алуға, профилактикалық іс – шаралардың концептуальдық басты дамуына әйелдер жауапкершілікті болу керек. Ең басты назар жасөспірімдердің денсаулық жағдайында болу керек, жасөспірімдердің гигиеналық және адамгершілік тәртіптің туындауы мен білім алуына және жаңа бағытты ұсыну, дұрыс өмір сүру салтын қалыптастыру, жігіттер мен қыздардың денсаулығын күшейту үшін денсаулық жайында білім беретін ғимараттарды қолдану керек [47,48,49].

Репродуктивті денсаулықты сақтау үшін мынандай насихаттау жұмыстарын жүргізу керек.

1. Қажетсіз жүктілікті болдырмас үшін қауіпсіз және эффектілі сақтану. Бірінші рет жыныстық қатынасқа түсіп жатқан қызға ең алдымен сақтау контрацепциясының әсері жайында дәрігерден кеңес алу.
2. Жыныстық жолмен жұғатын аурулардың алдын – алу және уақытылы емдеу [50].
3. Түсік жасауды ескерту
4. Мамандардан жыныстық ағзалардың созылмалы ауруларынан уақыты және дұрыс ем алу.
5. Жүктілік болмай тұрып эрозияны емдеу.
6. Партнерлерге жүктілікті мұқият жоспарлау
7. Болашақ ата – ананың дұрыс өмір сүру салты
8. Әйелдер мен қыздарда жеке бас гигиенасын дұрыс сақтау.
9. Баланың ата – анаға иммунды жүйені бекітетін профилактикалық шаралар жүргізу.
10. Дұрыс, үйлесімді тамақтану.
11. Дені сау отбасы жайында мәліметтерді жоғары сапалы ұсыну. 1
12. Ерлерге әйелдердің денсаулығын қорғау және балалардың тәрбиесіне жауапкершілікпен қарауды жоғарлату.

Мемлекет балалар, аналар және жастардың құқықтарын қорғауға қызығушылық танытуға мүдделі.

Біз ойлаймыз мемлекеттік саясат мынандай бағыттарда эффектілі жұмыс жүргізу мен қызмет көрсету керек деп: жастарға және көпбалалы отбасыларға қолдау көрсету, отбасыларды социалдық, құқықтық, экономикалық қорғау, оның жан – жақты дамуын қамтамасыздандыру, сонымен қатар, туулуды жоғарлату, толық емес отбасылардың төмен кірісіне социалды көмек көрсету ата – анасының қарауынсыз қалған балаларға социалды көмек, жастар мен балаларға жан – жақты интеллектуалдық, рухани, физикалық дамуды қамтамасыздандыру [51,52,53].

Осы шарттардың орындалу барысында мемлекет мықты, табысты және демографиялық жағдайының оң нәтижеге, әйелдер мен ерлердің репродуктивті денсаулығын сақтауға болады [54].

Мемлекеттегі 20 жылдан бері жасалып жатқан экономикалық және социалдық реформалар тұрғындардың репродуктивтік жағдайдың өзгеруіне алып келуде. Туулу көрсеткішінің жоғарлауы, өлім көрсеткішінің төмендеуі, қазақстандықтардың өмір сүру ұзақтығы мен денсаулығының жоғарылауы, жанұялық отбасылардың доғарылауы жоғары көрсеткішті көрсетеді. Зерттеудің нәтижесіне сүйенсек қазақстандықтардың репродуктивті жағдайы жақсаруда [55,56].

Ресейдегі 2001 жылғы демографиялық болжам бойынша 50 жылға жуық тұрғын саны 16,7 млн адамға төмендейді. Зерттеудің нәтижесінде ресей халқының репродуктивті денсаулығының төмендеуіне алып келеді.

Мектеп бітіруші жасөспірімдердің көбі жыныстық созылмалы ауруға ұшыраған және репродуктивті қызметі төмендеген. Ерте жыныстық қатынасқа түсу жасанды түсіктің көбеюіне және жасөспірімдердің жыныстық ағзаларының инфекциясының жоғарлауына әкеледі. Жасөспірімдердің мамандандырылған медицинаға аз қаралуы жыныстық ағзалардың созылмалы қабыну ауруларына, әйел мен ердің бедеу болуына, жүктіліктің және босанудың ауыр өтуіне алып келеді [57,58,59]. Мектеп бітірушілер мен өз еркімен жаңа өмір бастау сатысында эмоционалдық және физикалық қиыншылықтар болады. Кейбір жастар орта және жоғары кәсіптік оқу орындарында материалдық жеткіліксіздік және жоғары қажеттілікпен оқуын жалғастырады. Репродуктивті денсаулықты қорғау жүйесі барлық жағдайда жастардың репродуктивті құқығын қорғай алмайды [60,61,62,63].

Ғылыми мәліметтердің аздығынан аурулардың таралуы, репродуктивті қызметтің шектелуі, жастар ұжымында сексуалдық және репродуктивтілік ерекшелік байқалады. Зерттеуге орта және жоғары оқу орын студенттері алынды. Студенттер жас аралығы бойынша зерттелуі мынандай: 15 – 17 жас; 18 – 20 жас; 21 – 24 жас. Студенттер мен жасөспірімдер арасындағы 3 жылдық зерттеу бойынша репродуктивті жүйенің аурушандығы жоғарылағаны байқалады. Кіші топтарда менструалдық дисфункция, сүт безінің қатерсіз дисплазиясы, жатыр – мойынның эрозиялық өзгерістері байқалады [64,65,66]. Ал жоғары топтарда нейрогенді – докриндік бұзылыстар, эндометриоз, әйелдік бедеулік тіркелді. Репродуктивті қызметті зерттеуде жасөспірімдердің 100 адамнан орта есеппен жүктілік жағдайы – 7 жағдай, ал 18 – 20 жас аралығында 15 жағдай, 21 – 24 жас аралығында 19 жағдай орын алды [67,68,69]. Студенттердің жоспарсыз жүктілігі әртүрлі аурушандықтың пайда болуына, жасанды түсік тастауға алып келеді. Зерттеудің нәтижесінде репродуктивті қызметті көптеген студенттерде шектелген болып табылады. Репродуктивті денсаулықтың жоғары бұзылысы жасөспірімдерде жоғары деңгейде кездеседі, жоғары созылмалы экстрагениталды – гинекологиялық патологиялар, түсіктердің төмендеуі [70,71,72,73].

Әйелдер бедеулігіне, жүктіліктің және босанудың қиындауына, нәрестелердің денсаулығының сапасының төмендеуіне алып келеді. Зерттей келе 16 жасқа дейінгі жасөспірімдер ерте кезеңдік жыныстық қатынасқа түседі. Сұрақ алу барысында жастардың көбі сексуалдық қарым-қатынас формасы азаматтық некені, некесіз және кездейсоқ сексті қалайды [74,75]. Студенттер арасында сексуалдық және репродуктивті тәртіп орнатылған. Сұрақ алу барысында сексуалдық активті контингент 64,4% құрайды, соның ішінде некеде тұрғандар 6,4%, жыныстық қатынасқа түседі, бірақ некесіз – 30,1%, 30,1%, - әртүрлі партнерлермен қарым-қатынасқа түсетіндер [76,77,78,79].

Ең алғашқы жыныстық қатынасқа түскенде көбінесе жоспарсыз және сирек жағдайда некелі болады.

Сұрақ-жауап алу барысында бірінші рет жыныстық қатынасқа түсу көп жағдайда жақсы танымайтын жігітпен немесе алкогольдік мастықта болу жағдайда жиі кездеседі. Осындай мінездемеге сай студенттік жастағы жасөспірімдер арасында жиі кездеседі [80,81,82,83,84,85]. Зерттеу барысында студенттер арасында балалы болу медико – демографиялық мәселесі болып табылады [86,87,88,89].

Сауалнамаға жауап берушілердің көбі ерте репродуктивті жаста жанұя құру мен баланы дүниеге әкелудің маңыздылығын түсінеді, турмыс құрудың идеалды уақыты – 20 – 24 жас, бірінші баланы дүниеге әкелу уақыты - 23 – 24 жас. Бірақ шындығына келе репродуктивті және жанұялық жоспарды кейінгі ысырады. Сонымен тұрмыс құрмаған студенттер – 92%, балалары барлар - 4,2%. Отбасында бір – екі бала болғанын қалайтындар -85,0%, бірақ тууды жоспарлайтындар - 47,2%, 6,3% - репродуктивті жоспар құрмайтындар, қалғандары бір бала тууды жоспарлайтындар [90,91,92,93].

Анкета жазғандардың 10-шы бөлігі баланың некесіз отбасында тәрбиеленуіне бел буған. Репродуктивтік жоспардың жүргізе асуына студенттер материалдық жағдай, нашар тұрмыстық жағдай, өмірлік жардың болмауы мен денсаулықтың төмен деңгейі маңызды шектеу болып табылады деп ойлайды. Студенттер арасында репродуктивтілік орнатылуы зерттеу нәтижесінде бала туудың жастық параметріне социализацияның жасанды пролангирленген үрдісі жақсы әсер етеді, ал отбасына балалық параметріне негізінен қиын экономикалық жағдай және болашақ ананың денсаулық жағдайы әсер етеді [94,95,96]. Студенттердің контрацептивтік тәртібіне зерттеу жүргізу барысында жүктілікті болдырмау үшін контрацепциялар төмен деңгейде екенін көрсетті. Жыныстық жолмен өмір сүретін қыздардың көбісі контрацепциясы қолданады (93,1%), Бірақ көбіне әсері төмен және ескі әдісті, онысына қарамастан күнделікті емес. Контрацепция қолданбайтын сирек қорғанатын студенттер саны 15 – 7 жас аралығында 14,3 % және 24,5 % басқалар құрайды [97,98,99]. Әдетте табиға сақтану әдістері жиі қолданылады – 49,5%, оның ішінде үзілген жыныстық қатынас, жыныстық қатынастан кейінгі контрацепция табиғи ерітінділермен бүркіп жуу және күнтізбелік әдіс қолданылады. Сонымен қатар, барьерлік әдісте жиі қолданылады (42,5%). Заманауи гормональды контрацепция әдіс (23,7%) және жатыр ішілік құралдар (12,3%) аз мөлшерде қолданылады [100,101,102,104].

Барьерлік әдісті контрацепцияны пайдалану зерттеуге алынған контингенті арасында жыныстық инфекциялардан сақтану жеткіліксіз, жасөспірімдер тобында өте төмен (40,2%), соның 3/2 тұрақсыз және тәртіпсіз сексуалдық қарым – қатынасқа түсетін қыздар болып табылады. Ирроционалды контрацептивті тәртіп үйлесімсіз контрацепция әдістерінің қолданылуына (мысалы: гормоналды физиологиялықпен бірге), контрацепциялық сұрақ барысында мәліметтің толық жеткіліксіздігімен тең келеді [105,106,107,108]. Архаитикалық және әсері төмен әдістің заманауи әдістердің орнына қолданылуы, бірақ қымбат (гормоналды препараттар),

көбінесе материалдық жағдайында шектеу болуға байланысты. Жыныстық тәртіптің төмендігі мен төменгі контрацепциялық активтілік жоспарсыз жүктілік пен жоғары ИППП аурушаңдығына алып келеді [109,110,111,112].

Сұрақ – жауап нәтижесі бойынша сексуалдық белсенділіктің контингенттің жартысы әртүрлі жыныстық инфекциялық ауруларға әкеп соғады, соның ішінде негізінен сырқаттамасында екі немесе оданда көп аурулар бар екенін дәлелдейді [113]. Анкета жазғандардың ішінде инфекциямен ауырғандар хламидоз, кондидоз, трахаманиоз және гонорея ауруын атап өтеді. Зерттелген контингенттердің акушерлік сырқаттамасы сексуалдық белсенділік саны әрбір төрт қыздың жүктілігіне, 16,1 % - 2 жүктілікке, 4,5 % - 3 жүктілікке негізделеді. Осыған орай көп жүктіліктер жоспарсыз 78,5 % жағдайлар жасанды түсікке, 7,2% - өздігінен түсікке, 14,3% - ғана туумен аяқталады. Бір медициналық түсікті бастан өткерген қыздар 22,4%, 2 – түсікке – 3,8% және 3 – түсікке - 2% құрайды [114,115,116,117].

Көбінесе қаржылық жағдайдың мәселесі, тұрақты партнердің (күйеудің) болмауы және оқуды жалғастырудың қажетті және профессиональдық өсудің салдары жүктілікті үзудің себебіне әкеледі. Жасанды түсікті жасатқанның арасында депрессияға ұшырап, 25,5% ешқандай эмоциональдық күйзелісті бастан өткізбейді, қайталанған жоспарсыз жүктіліктің жоғары тәуелділік тобына жатады [118,119,120]. Репродуктивті денсаулықты қорғау және отбасын жоспарлаудың негізгі сұрақтары студенттер арасында білімнің төмендігін көрсетеді. Жауап берушілердің көбісі түсіктің салдары, жыныстық инфекциялар, АИТВ-ң эпидемиологиясын және контрацепция әдісін үстірттің қарайды. Анкета жазушылардың көбі мағлұматты мағлұмат алушы құралдардан, құрбыларынан, таныстарынан, өзінің байқауынан біледі. Тек қана 4/1 бөлігі ғана лекциялық мағлұматтан, группалық оқудан, дәрігермен тұрақты әңгімелесуден мағлұмат алған [121,122,123,124]. Репродуктивті денсаулықты қорғауға және жанұяны жоспарлайтын мамандандырылған дәрігерлердің көмегіне студенттердің келу активтілігінің төмендігімен байқалады. Осы сұрақтарға жауап іздейтіндердің өздігінің білімсіздігі болып табылады. Бірақ негізгі себеп жағдайдың сай еместігі және контингенттің сұранысына қызмет көрсету сапасына студенттердің төмен деңгейде келуі [125,126,127,128]. Медициналық мекемені таңдауына мынандай талаптар жатады: Медициналық қызметті алуға аты – жөні көрсетпей алуында, конфиденциалды және жақсы жағдайда уақыт және материалдық құралдың шығынының төмендігімен мамандандырылған дәрігермен денсаулығына зиян келтіретін жағдайға байланысты [129,130,131,132,133].

Репродуктивті денсаулықты сұрақ барысында тәртіптік факторларының негативтілік зерттеледі, репродуктивті функцияға шектеу қойылғандығына мәліметтер деңгейі баға береді. Бірақ студенттердің медициналық белсенділік танытатындардың төмен деңгейлігіне, репродуктивті денсаулыққа зиян келтіретіндерге көңіл бөлмеуге болмайды.

Жүргізілген зерттеу нәтижесінде студенттердің репродуктивті потенциялына деген көзқарасы төмен. Оң репродуктивтіліктік орнатулардың жеткіліксіздігіне қарағанда денсаулықты қорғау, жанұяны жоспарлау сұрақтарының білімге сай еместігі, бұл ортадағы репродуктивтік болжауды жағымсыз деуге болады [134,135,136,137].

Репродуктивтік денсаулықтың және тәртіптің ерекшелік мәліметтен ала отырып, студенттердің мұқтаждықтары мен мәселелерін қарастыра отырып, біз стратегияны құрастыру және контингентті медико – социалды қамтамасыздандыру жүйесінің оптимизацияландыру және стратегиясын құруға кірістік [138,139,140,141]. Заманауи социалды экономикалық жағдайларға территориялық потенциалды демографиялық қайта жаңғыртуға бірнеше кезеңдер ұсынылды. Әртүрлі жасөспірімдер контингентінің комплекстік бағасы және мәліметтер мамандандырылған көмекке мұқтаждықты зерттеу; жасөспірімдердің репродуктивті құқығын нормативтік құқықпен қамтамасыз етумен құрастыру;

Кәсіби медициналық мекемедегі жасөспірімдердің репродуктивті денсаулықтың жүйесіне мониторинг жүйесін енгізу; жасөспірімдер медициналық орталығының проектісін құрастыру [142,143].

Жасөспірімдер репродуктивті денсаулығын қорғау мекемесін құру.

Репродуктивті денсаулықты қорғау сұрақтарына жастар мен жасөспірімдер медико–социалды көмекке жүгінгендерге анализ жасау барысында организациялық жетіспеушілік қатарды, науқастардың қаралуының төмендігі мен емдеу–профилактикалық іс–шаралардың эффективтілігін анықтауға жол ашты. Сонымен қатар бұл этапта мекемелердің сапасын бағалау және профилактикалық бөлім жұмыстарының ақаулығын заманға сайлығы анықталады.

Жастардың медициналық орталығы – жастардың репродуктивті денсаулығын қорғаудың біріншілік бөлім қызметінің тексерісі бойынша қызмет көрсетудің сапасы мен шартының сәйкессіздігін байқады. Жастардың қызмет көрсетудің жаңа организациялық моделі комплексті ведомствоаралық тәсілдеме арқылы өңделді, толық комплексті диагностикалық мекеме бірінғай база арқылы көрсетеді, емдеу–профилактикалық, сауықтыру қызметі, социалды- құқықтық және психотерапиялық көмек, психологиялық және ақпараттық консультация. Орталықтың құрылымы нормативтік - әдістемелік мінездеме мен ақпараттық материалдар арқылы штаттық– ұйымдастырушылық есеп бойынша жасалған. Жұмыскерлерге төленетін төлем ақы тұрғындардың медико – демографиялық жағдайымен байланысты. Орталықтың функционалдық моделі бөлімше бағыттарының әрекеті, қаржылық нұсқамасы, әрекеттесу жүйесі және басқа медициналық мекемелермен сабақтастық, науқастарға қызмет көрсетудегі тәртіп бойынша қаралады .

Территориядағы жастардың репродуктивті денсаулығын қорғау қызметінің даму жолына болжам жасай келе, территориялық және студенттік емханалар перспективті және шынайы мекеме. Территориялық

демографиялық потенциалдар аспектісінің қалпына келуі – жастардың репродуктивті денсаулығына мониторинг жүйесі болып табылады. Жастардың сексуалды активті контингентінің репродуктивті потенциалын комплексті бағалау мақсаты үшін арнайы әдістеме тағайындалды, шектелген репродуктивті қызметті қауіп – қатерін және диспансерде тұрған топтарды, емдеу–профилактикалық іс–шаралардың әсерін бағалау үшін арнайы топтар құрастырылды. Әдістеме барлық амбулаторлық – емханалық мекемелерде, Репродуктивті денсаулықты қорғау жүйесінің қызметкерлеріне (әйелдер консультациясы, жанұяны жоспарлау орталығында, медико – педагогикалық орталықта, жастар клинисында) кең қолданылады. Үрдістің автоматизирленген залалсыздандыру мәліметі диспансерлік картада құрастырылған, сонымен қатар, репродуктивті потенциал мінездемесі: социалдық және акушерлік–гинекологиялық тексеріс, репродуктивтік тәртіпке толық мінездеме және репродуктивті денсаулықты және отбасын жоспарлау сұрақтарына ақпараттық дайындық деңгейі басты параметрлеріде кірістірілген. Репродуктивті потенциалға комплексті бағалау қауіп тудыратын науқастардың арасында жылына бір рет, жыл сайынғы шектелген репродуктивті қызметін емдеу–профилактикалық өткізілген іс – шаралардың әсерін бағалау. Терапевтикалық комплекстің медициналық әсері репродуктивтік потенциалының жоғарылауы 81,1% жағдай, бақылау тобы бойынша 39,6% қыздар бақыланды. Жастардың медициналық орталығы организациялық фирманың комплексті қызмет көрсетуінің тәжірибелік – қабылдау әсерін, сонымен қатар физикалық денсаулығын қалыпқа келтіру,бірақ жастардың репродуктивті тәртібіне түзетуге болжам есебін дәлелдеді. Қорыта келе, жастардың репродуктивті құқығына репродуктивті денсаулығын қорғауға оптимизациялық жүйенің ұсынысы өңделді.

Балалар мен жасөспірімдерге арналған репродуктивті медициналық көмекті жақсарту.

2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Диссертацияның бұл тарауы зерттеудің материалдары мен әдістеріне арналған.

Зерттеу нысаны болып Түркістан облысының, сонымен қатар түркістан қаласының облыстық клиникалық ауруханадағы және перинатальдық орталықтағы гинеколог және андролог дәрігерге қаралаған репродуктивтік бұзылыспен зардап шегетін балалар мен жасөспірімдері алынды.

Зерттеу пәні болып жастар мен қыздардың репродуктивтік денсаулық жағдайы және оның бұзылысына қауіп факторы болып табылады. Біріншіден, 20069– 2018 ж.ж. аралығындағы Түркістан облысы және оның жеке аудандары мен қалаларындағы статистикалық мәліметтердің негізіне сүйене отырып, репродуктивтік аурушандықтың таралу анализі жүргізілді. Аурушандықтың көрсеткіштері интенсивті және экстенсивті бағаланды. Оңтүстік Қазақстан облысының жеке территориялық деңгейінде бес жылдық кезең бойынша орта және ортааудандық (ортақалалық) деңгейіне қатысты репродуктивті жүйесінің ауруының тұрғындардың біріншілік және жалпы аурушандық көрсеткіштері, сонымен қатар гинеколог және андрологтағы потология мәліметімен диспенсерлік есепте тұрған балалар мен жасөспірімдер саны есептелді. Облыстағы тұрғындар арасындағы репродуктивтік жүйенің аурушандығының жақын уақыттағы тенденциясының өзгерісі зерттеу үшін 2014 – 2018 жылдардағы динамикалық көрсеткішті қысқа мерзімдік бағалау жүргізілді. Кейінгі кезеңде перинатальдық орталықта және облыстық клиникалық аурухана базасында арнайы өңделген бағдарлама бойынша комплекстік медициналық–социалдық зертеу жүргізіледі. Сонымен қатар, гинеколог және андролог дәрігердің медициналық көмегіне репродуктивтік денсаулығының бұзылысымен қаралған жасөспірімдердің социалдық анкеталары толтырылған амбулаторлық картасы анализденді; уролог және гинекологтың тексеру нәтижесі - дәрігердің қорытындысы болып табылады. Жалпы зерттеу барысында тандамалы мінездеме жүргізілді.

Статистикалық дәлелді нәтижені алу үшін 900 жасөспірімнің жинақталған, өңделген, анализденген және қорытынды зерттеу нәтижесі алынды, соның 408 адам негізгі топты (урологке және гинекологке репродуктивті денсаулығының бұзылысы бойынша қаралған жасөспірімдер) және 492 адам – бақылау топты (емханадағы терапевт дәрігердің медициналық көмегіне жүгінген жасөспірімдер) құрады.

Қажетті көлемді таңдауда репрезентативтіліктің жеткілікті деңгейінің нәтижесін алу үшін арнайы формула бойынша есептелді (Е.И.Шиган, 1986; Ю.П.Лисицын және соавт.,1998). Зерттеудің мақсаты мен міндетіне сәйкес келесідей әдістер қолданылды: социологиялық, статистикалық, эксперттік бағалау; ұйымдастырушылық – функционалдық моделдеу және болжамдау .

Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтік денсаулығының

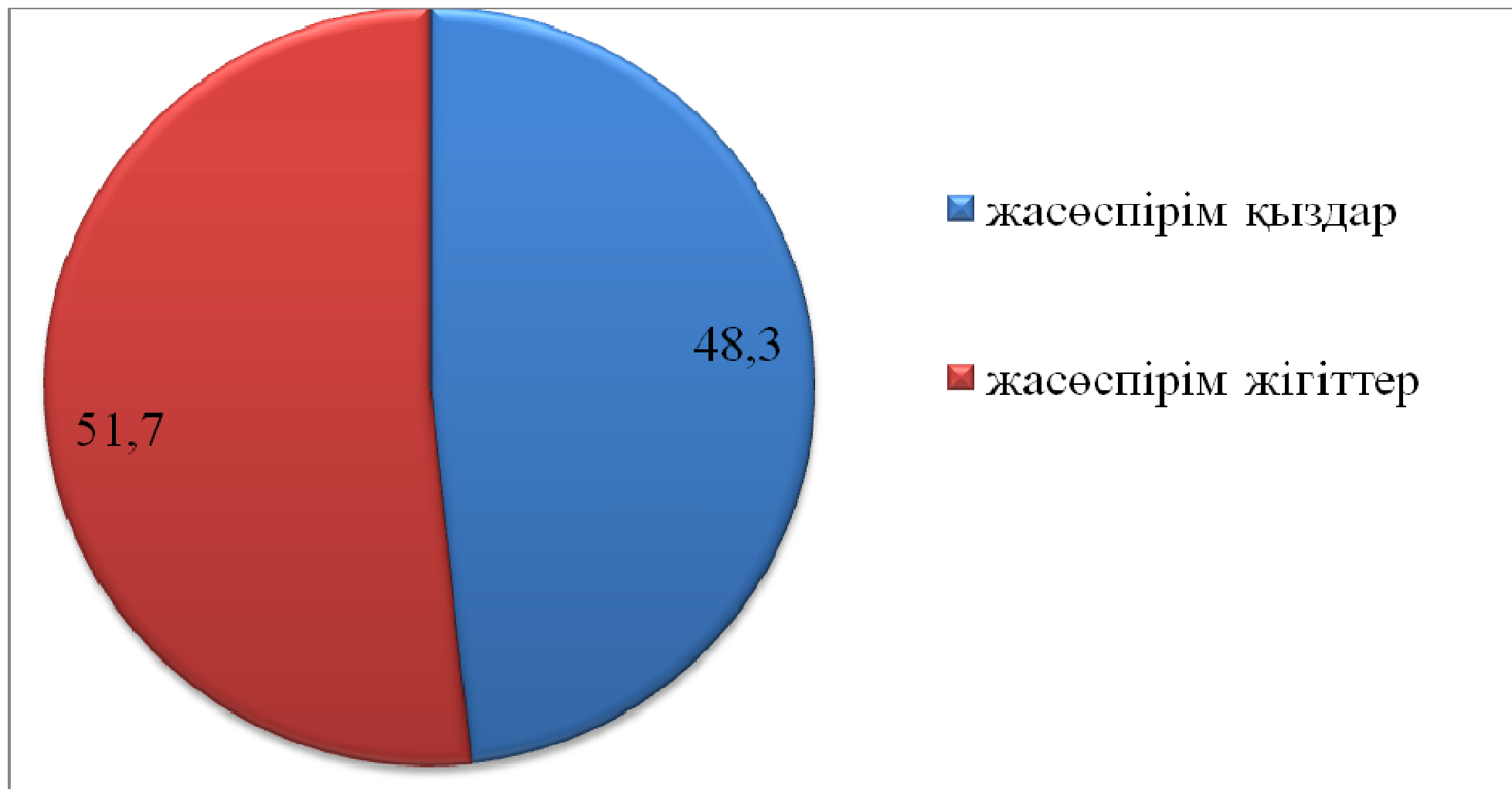
бұзылысын қорытынды бағалауды қалыптастыру үшін жекеленген құрамдастықты және олардың маңызын ескере отырып, репродуктивті денсаулық жағдайын комплексті бағалауға мүмкіндік беретін интегральдік көрсеткішті өңдеу ұсынылды. Пирсонның корреляциялық коэффициентінің көмегімен медициналық–социальдық мінездемесінің өзара байланысы, Стьюдент t – критериясының көмегімен негізгі және бақылау топтарының мінездемелік дәйектілігінің айырмашылығы бағаланды. Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтілік функциясының және денсаулық жағдайының мінездемесіне және олардың медициналық–социальдық мінездемесіне өзара байланыс көрсеткіштерін сипаттайтын моделін құрастыру үшін көпсебепті регрессиялық сараптау әдісі қолданылды. MS Excel 2003, MS Access 2003, Statistica 6.0. компьютерлік бағдарламасын қолдана отырып мәліметтерді статистикалық өңдеу және талдау жүргізілді.

3. БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРГЕ АРНАЛҒАН РЕПРОДУКТИВТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ

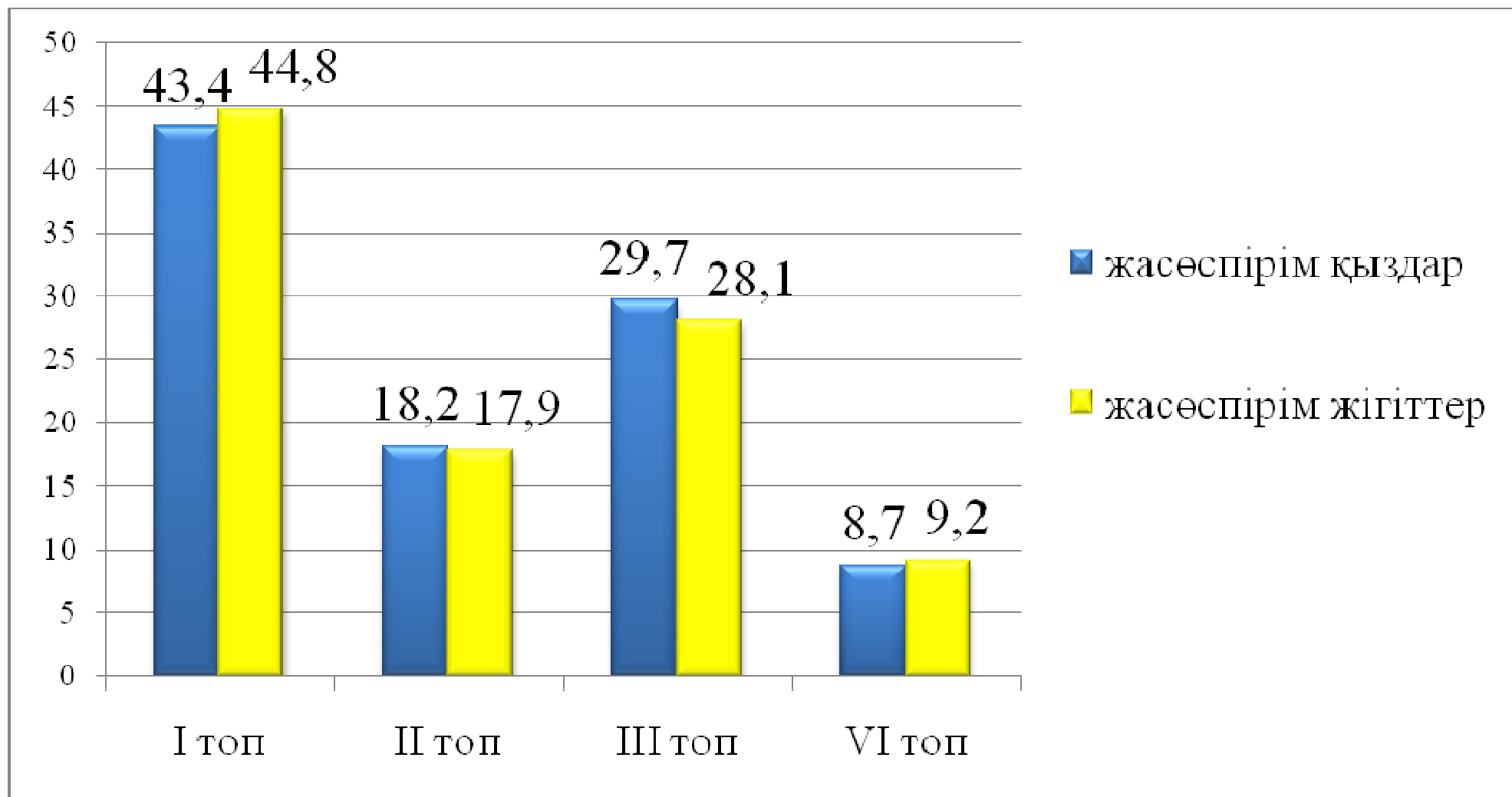
Қазіргі кезеңде әлеуметтің дамуында ұлттық денсаулық мәселесі мемлекеттік саясаттың басты тапсырмасы болып табылады. Қазақстан Республикасындағы әйелдердің ұрпақты болу денсаулығының төмендеуі, туушылдықтың біртіндеп төмендеуі, өмір сүру ұзақтығының қысқаруы қоғамда елеулі медициналық-әлеуметтік мәселе болып табылады. Республикадағы демографиялық жағдайдағы тиімді шаралар халықтардың ұрпақты болу қуатын сақтау үшін жасалып жатыр, әсіресе жастар мен жасөспірімдер арасында осы шараларды белсенді ұйымдастыруға күш салуда.

ДДҰ деректері бойынша, жастар мен жасөспірімдердің жастық тобына 10 жастан 24 жас аралығы кіреді, яғни әлем халқының 33% пайызын құрайды. Түркістан облысында қол жеткізген мәлімет бойынша 10 жастан 24 жас аралығындағы жас адамдар жалпы халықтың 31,9% пайызын, яғни 889736 адамды құрады (**1 сурет**). 0 – ден 18 жас аралығындағы сәбилер саны – 23,7% , яғни 6610277 адам, соның ішінде қыздар – 11,4% пайызды, яғни 317962 адамды құрайды. Жалпы сәбилер арасындағы 0- ден 4 жас аралығындағы қыздар үлесі – 9,7%, 5 – тен 9 жас аралығы – 11,1%, 10 – нан 14 жас аралығы – 16,8%, 15 – тен 18 жас аралығы - 11,4% пайызды құрады. Ал репродуктивті жастағы жастардың саны 187071 адам, оның 51,7% жігіттер, 47,3% қыздар (**2-3 сурет**).

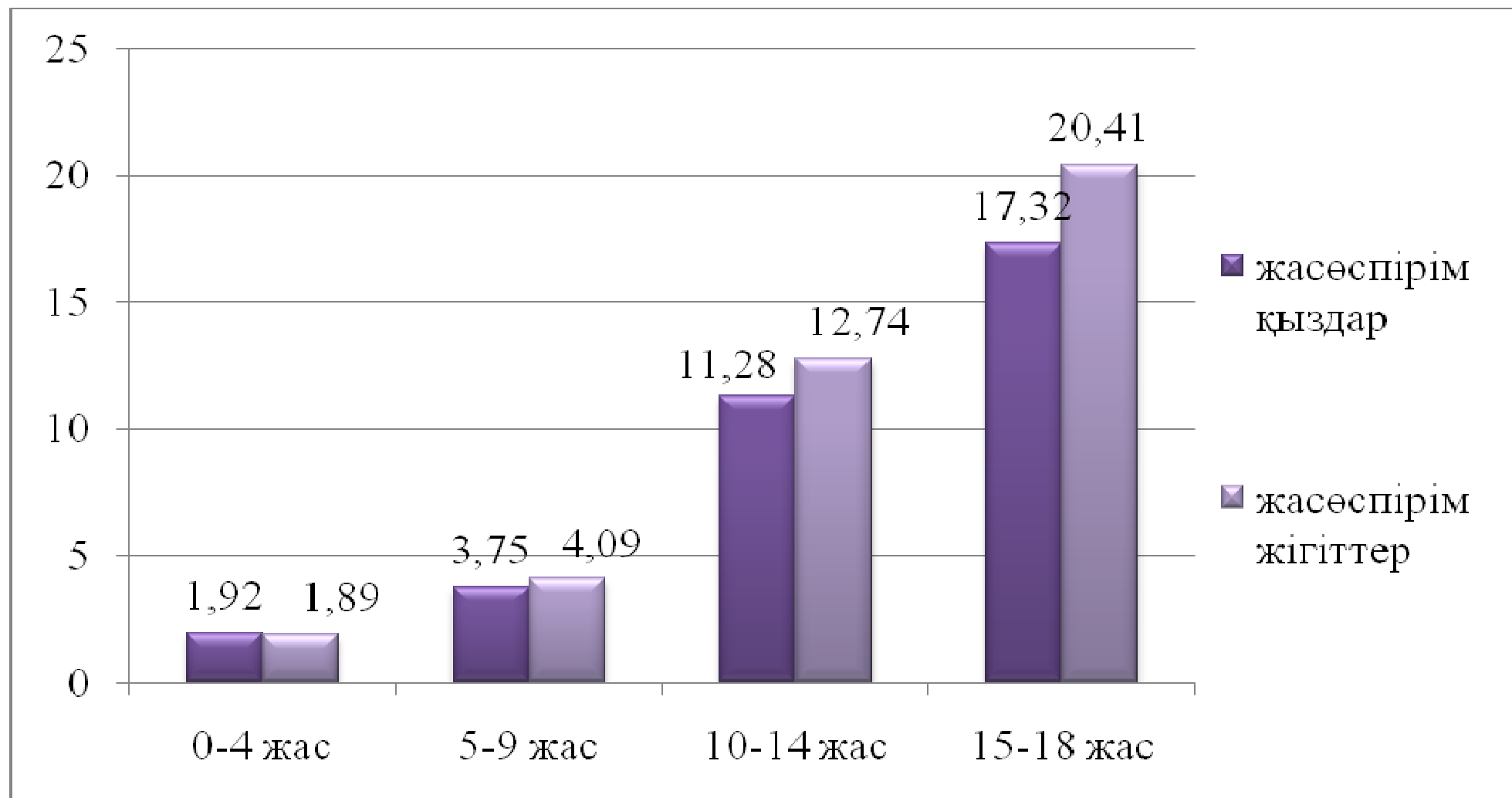
Қыздардың репродуктивтік мінез – құлқы мен денсаулығына жасалған түрлі зерттеу аспектілері отандық авторлардың, сонымен қатар, шетелдік авторлардың ғылыми зерттеулері болып табылады. Жасалаған жұмыстардың мәліметтеріне сәйкес қыздар мен жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығы мен мінез-құлқына әсер ететін бірнеше факторлар әсері бар: әлеуметтік-экономикалық, биологиялық, экологиялық, медико-ұйымдастырушылық және т.б. жағынан 18 жасқа дейінгі қыздардың репродуктивті денсаулығын қорғау мәселесінің шешімі кешенді көзқарасты қажет етеді. Медико - әлеуметтік сипатты ескере отырып, қыздардың репродуктивті денсаулығын қорғау мәселесінің шешімін табу, яғни ұрпақты болуды еркін тандау құқықтарын ескере отырып, мемлекеттік деңгейде, саясаткерлердің және әртүрлі қоғамдық органдардың активті қолдауымен жүргізіледі. Соңғы жасалған заңнамалар адамның құқығын халықаралық және ұлттық қорғау құжаттарында бекітілген және ірі халықаралық форумдарда бірнеше рет расталуда.



Сурет 1. Жасөспірімдердің жыныстық ерекшеліктері бойынша жіктелуі (% есептегенде)



Сурет 2. Жасөспірімдердің диспансерлік топтары бойынша жіктелуі (% есептегенде)



Сурет 3. Балалар мен жасөспірімдердің арасындағы репродуктивтік ауытқулардың таралу деңгейі (1000 адамға балап есептегенде)

Қыздар мен әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын жақсартудағы кейінге қалдырылмайтын шаралар қажет етеді, яғни репродуктивті функцияның салааралық зерттеулер жүргізуін, демографиялық, медицина, әлеуметтану, құқықтық көмек, психология және т.б. талап етеді. Бұл мемлекеттің менталитетіне және әлеуметтік – экономикалық жағдайға байланысты тиімді ұсыныстарды әзірлеуге мүмкіндік туғызады.

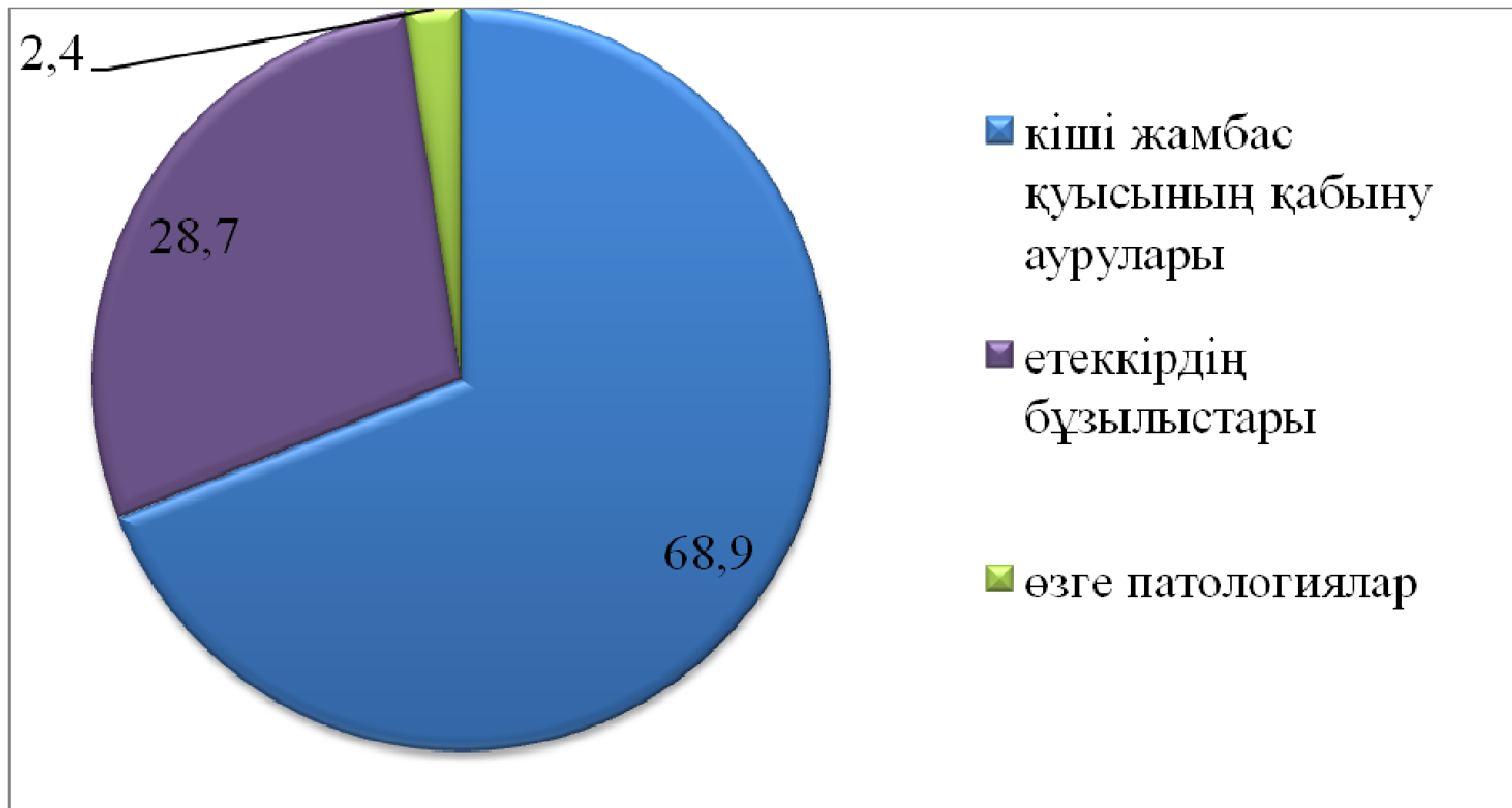
Балалар мен жасөспірімдерге арналған мамандандырылған білім беру мен медициналық көмек көрсету жүйесін жетілдіру жағдайдың өзгеруіне мүмкіндік туғызатынына күмән жоқ. Қазіргі уақытта репродуктивті денсаулықты сақтау мәселесі, әсіресе жастар мен жасөспірімдер арасында, денсаулық сақтау органдарының, министрліктер мен ведомстволардың, қоғамдық ұйымдардың қатысуымен талап етілетін ұлттық міндеттер ретінде жіктеледі. Жоғарыдағы аталғандардың барлығы науқастардың қажеттіліктерін қанағаттандыруда барынша медициналық көмекті жетілдіру болып табылады.

Қыздардың денсаулық мәселелерінің клиникалық аспектілері бойынша ғылыми зерттеулер саны, зерттеудің өзектілігі медико – ұйымдастырушылық, әлеуметтік және этико - құқықтық аспектіге бағытталған мәселелерді зертеу болып табылады. Осыған байланысты зерттеу мақсаты мен міндеттері тұжырымдалған болатын

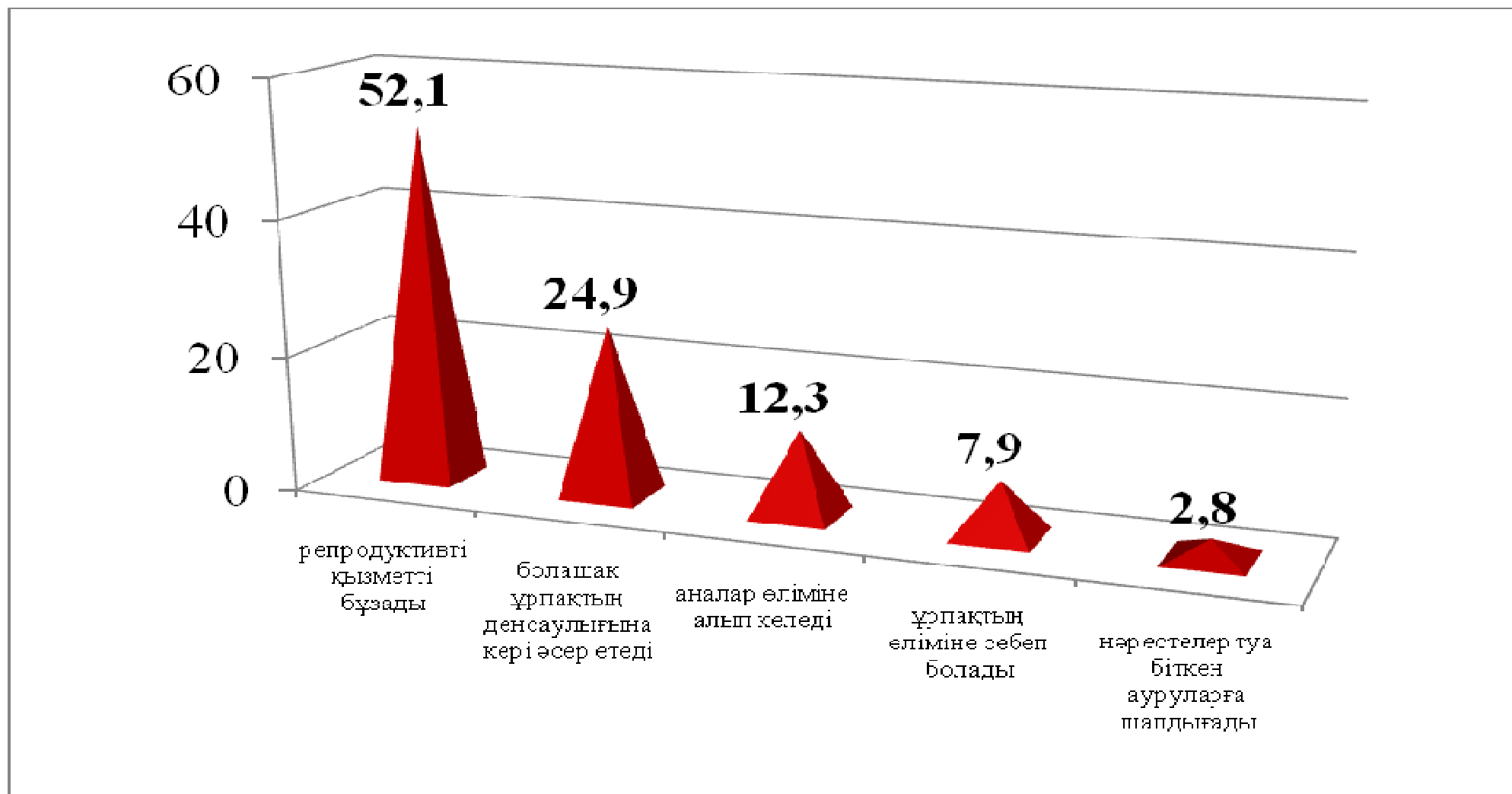
Зерттеу барысында Түркістан облысының көрсеткіші мен Түркістан қаласының қыздарының арасында салыстырмалы түрде қыздардың репродуктивті мінез – құлқы мен денсаулығына комплексті анализ жасалды. Қазіргі заманғы қалалық қыздардың медициналық - әлеуметтік сипаттамалық ерекшеліктерінде етеккір функциясының бұзылуы мен қабыну аурулары үлесінің ұлғаюы, соматикалық және ұрпақты болу жүйесінің сырқаттанушылығының артуы анықталды. 18 жасқа дейінгі қыздарда репродуктивті мінез-құлықтың қалыптасуы медициналық және әлеуметтік аспекті ретінде зерттелді.

Қыздар мен жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығын сақтау және дер кезінде гинекологиялық аурулардың алдын алу, балаларда ерте кезеңдік гинекологиялық патологияны анықтау медико - ұйымдастырушылық факторлардың әсері дәлелденді. Қазіргі қоғамдағы репродуктивті денсаулықтың негізін қалыптастыру анықталды. Осы жүйеде тұтынушылардың мүдделерін ескере отырып, анықтамасын одан әрі жетілдіруде балалар мен жасөспірімдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтау қызметтерінің қалыптастырылуын айқындайтын заңнамалық базаны жан – жақты бағалау жүргізілді.

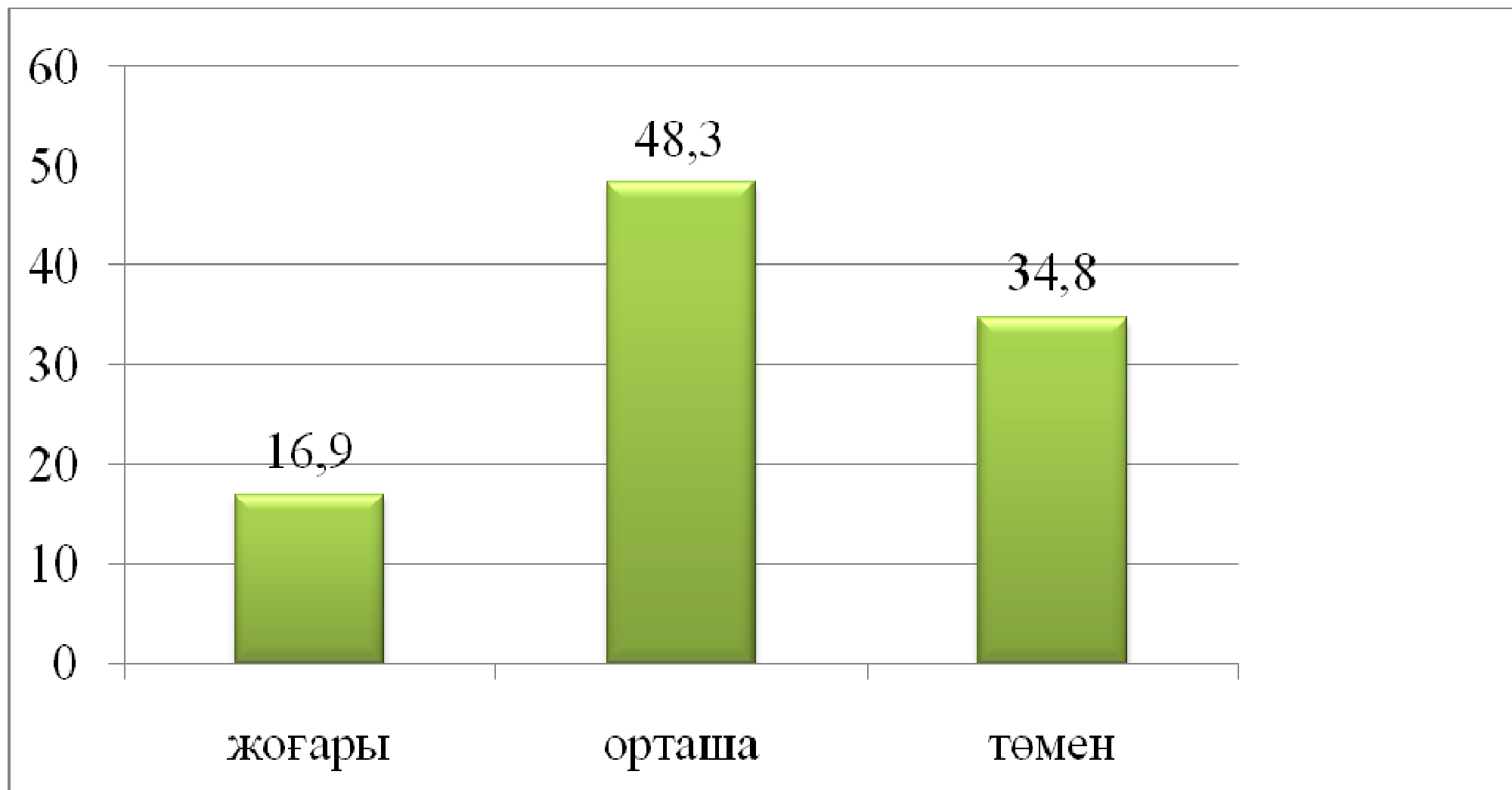
Назарға ғылыми-зерттеу базасын және әртүрлі аймақтардың тәжірибесін ескере отырып, мамандандырылған гинекологиялық көмекті ұйымдастыру оқытылды. 18 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдердің мамандандырылған көмекке деген қажеттіліктеріне қорларды айтарлықтай жетілдіру анықталды.



Сурет 4. Жасөспірім қыздардың гинекологиялық ауруларының құрамы (1000 адамға балап есептегенде)



Сурет 5. Гинекологиялық аурулардың асқынуы келесі ауытқуларға алып келеді (% есептегенде)



Сурет 6. Репродуктивтік денсаулық пен сексуалдық қатынас туралы өз білімін бағалау нәтижелері (% есептегенде)

Кәмелетке толмағандардың істері жөніндегі гинекология және репродуктивті жастағы қыздардың денсаулығын сақтау жүйесін ұйымдастыруды жақсарту бойынша ұсыныстар жасалды.

Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтік денсаулық мәселелері әлеуметтік – гигиеналық кешенін зерттеу нәтижелері, гинекологиялық көмекке балалардың қажеттіліктері, мамандандырылған гинекологиялық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктері, балалардың денсаулығын қорғаудағы қазіргі заманғы заңнамалық және нормативтік құжаттар репродуктивті денсаулықты сақтау мен нығайтуда саяси бағытты аймақтық деңгейде дамытуға, 18 жасқа дейінгі балаларға мамандандырылған көмекті ұйымдастыру жүйесін жетілдіру бағытын негіздеу.

Балалар мен жасөспірімдердің қазіргі жағдайда соматикалық аурулар мен репродуктивтік бұзылуының арттыру қарқыны байқалады; 14 жасқа дейінгі дені сау балалар тобында - 37%; ал жасөспірім тобында - 47% құрайды. Гинекологиялық аурушаңдық құрылымында бірінші орында жамбас органдарының қабыну аурулары, екінші орында етеккір функциясының бұзылысы жатады. Бұл нәтижелер медициналық сараптама және ресми статистика бойынша жасалған.

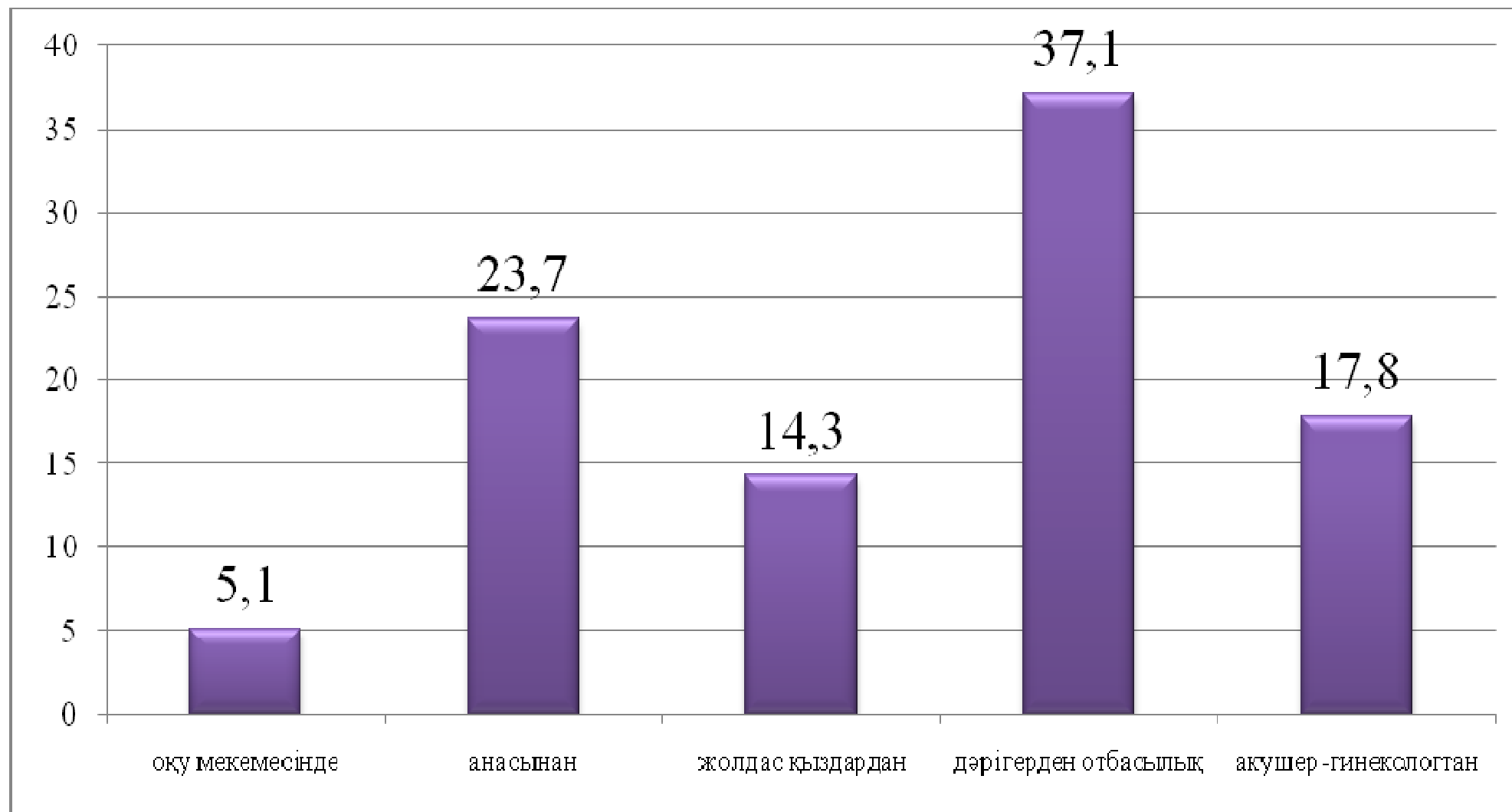
Жасөспірімдердің пікірлерін сұрастыру барысында жасөспірім кезінде берілетін гинекологиялық аурулардың ықтимал теріс әсері, болашақ сәбидің денсаулығы мен әйелдердің репродуктивтік функциясына, жыныстық қарым – қатынас пен репродуктивті денсаулық бағалау сұрақтарына білімнің орташа немесе төмен деңгейде екені байқалды. **6 сурет**

Респонденттердің 94,9% - астамы тиісті оқу орындарында жоқтығын көрсетті. 54,9% қыздар өздеріне керек мәліметтерді медициналық қызметкерлерден алғысы келетінін айтты, яғни оқытушыларға қарағанда 7,1 есе жоғары сенімділік медициналық қызметкерлерге болып отыр. **7 сурет**

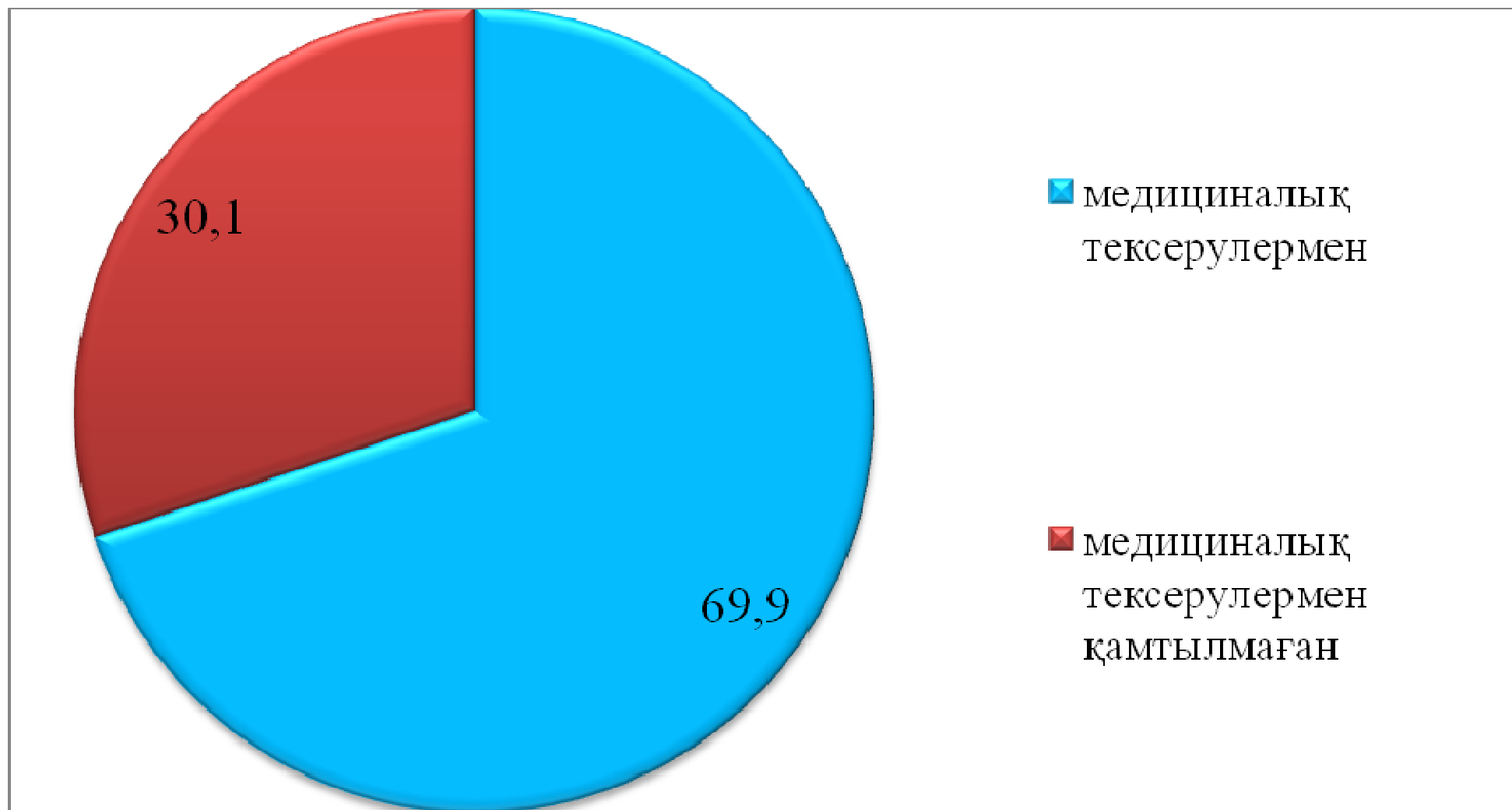
Жасөспірімдердің 69,9% гинекологиялық ауруларды анықтау үшін профилактикалық тексерулер жүргізуге оң көзқарапен қарайды, алайда, 30,1% профилактикалық іс – шаралармен қамтылған жоқ, себебі, олардың оқу орнында болмауына байланысты. **8 сурет**

Қыздардың 15-18 жас аралығындағы басым көпшілігі мамандандырылған гинекологиялық қызмет мұқтаж. Жасөспірімдердің дәрігеріне қаралуға өзінің денсаулығын нашар деп бағалайтын қыздар ғана емес, денсаулығын жақсы деп жоғары деңгейде бағалайтын қыздарда емделуге дайын

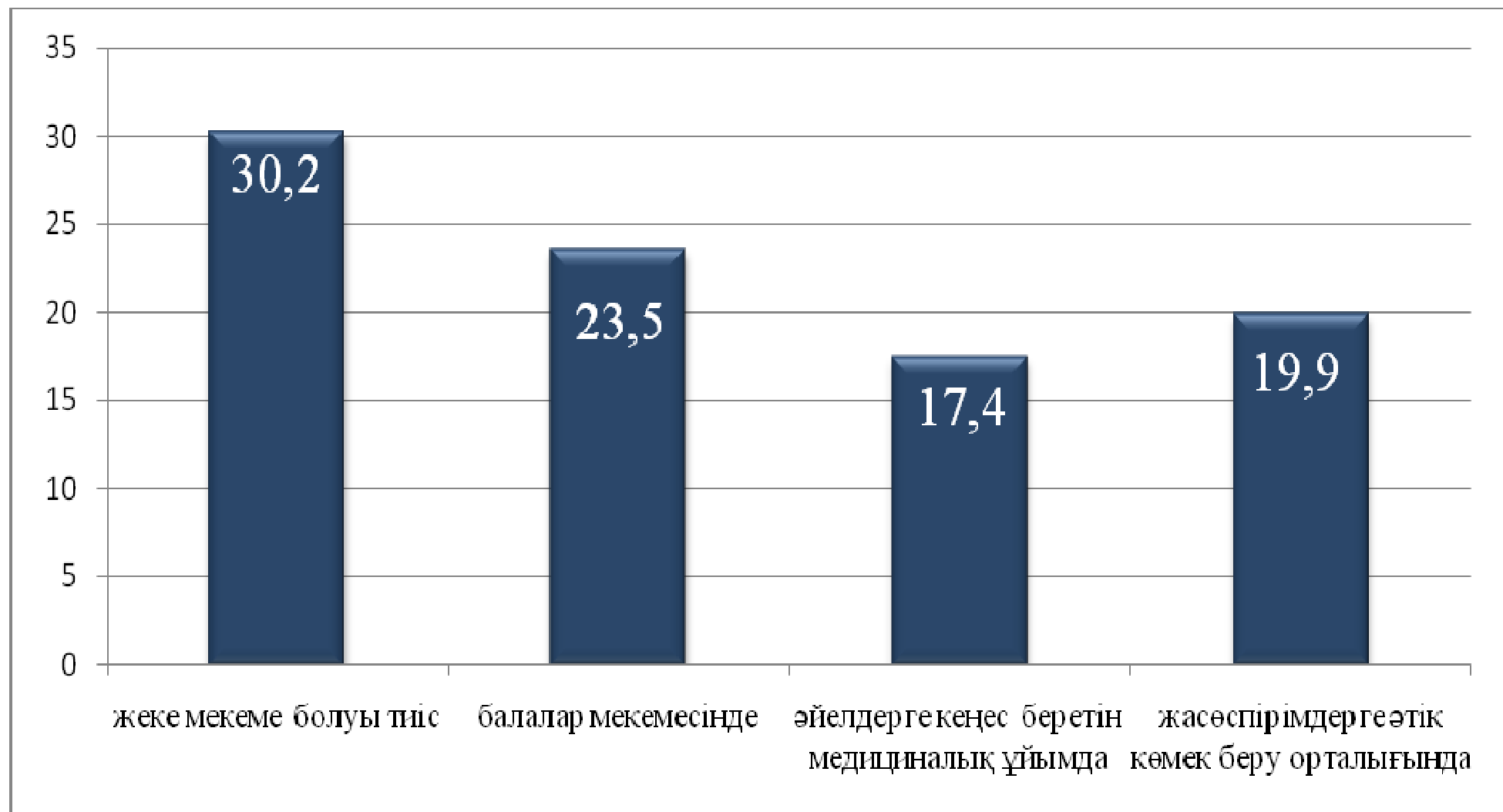
Жасөспірімдердің қызығушылығына жауап беретін жасөспірімдердің гинеколог дәрігерлерінің кабинеті төмендегідей болады: жасөспірімдерге арналған әлеуметтік көмек көрсету орталығы (19,9%), әйелдердің кеңес алу бөлмелері (17,4%), балалар клиникасы (23,5%), тәуелсіз мекеме (30,2%). **9 сурет** Жасөспірімдер жасаған негізгі ұсыныстар мамандандырылған гинекологиялық көмек ұйымдарында жоғары дәрежеде назарға алынуы тиіс: яғни анонимдік көмек (жауаптардың 84,6%), жасөспірімдердің мәселелеріне мұқият назар аудару (96,8%), мәліметтердің таратылмауы (92,1%), дәрігердің беделі (85,2%), кездейсоқ таныс



Сурет 7. Репродуктивтік денсаулық пен сексуалдық қатынас жөніндегі ақпаратты алу жолдары (% есептегенде)



Сурет 8. Акушерлік-гинекологиялық аурулардың анықталуында медициналық тексерудің алатын орны (% есептегенде)



Сурет 9. Жасөспірімдердің акушер-гинекологының орналасатын медициналық ұйымы (% есептегенде)

адамдармен кездесу мүмкіндіктерін қоспағанда (61,4%), тегін көмек көрсету (52,3%). **10 сурет** Осылайша, зерттеу нәтижелерінде репродуктивті денсаулығы мен жыныстық қарым-қатынастарға байланысты мәселелер жасөспірімдер үшін өзекті және маңызды болып табылады және олар осындай мәселелерді жасөспірімдер гинекологымен талқылауға жоғары деңгейде қызығушылық көрсетті.

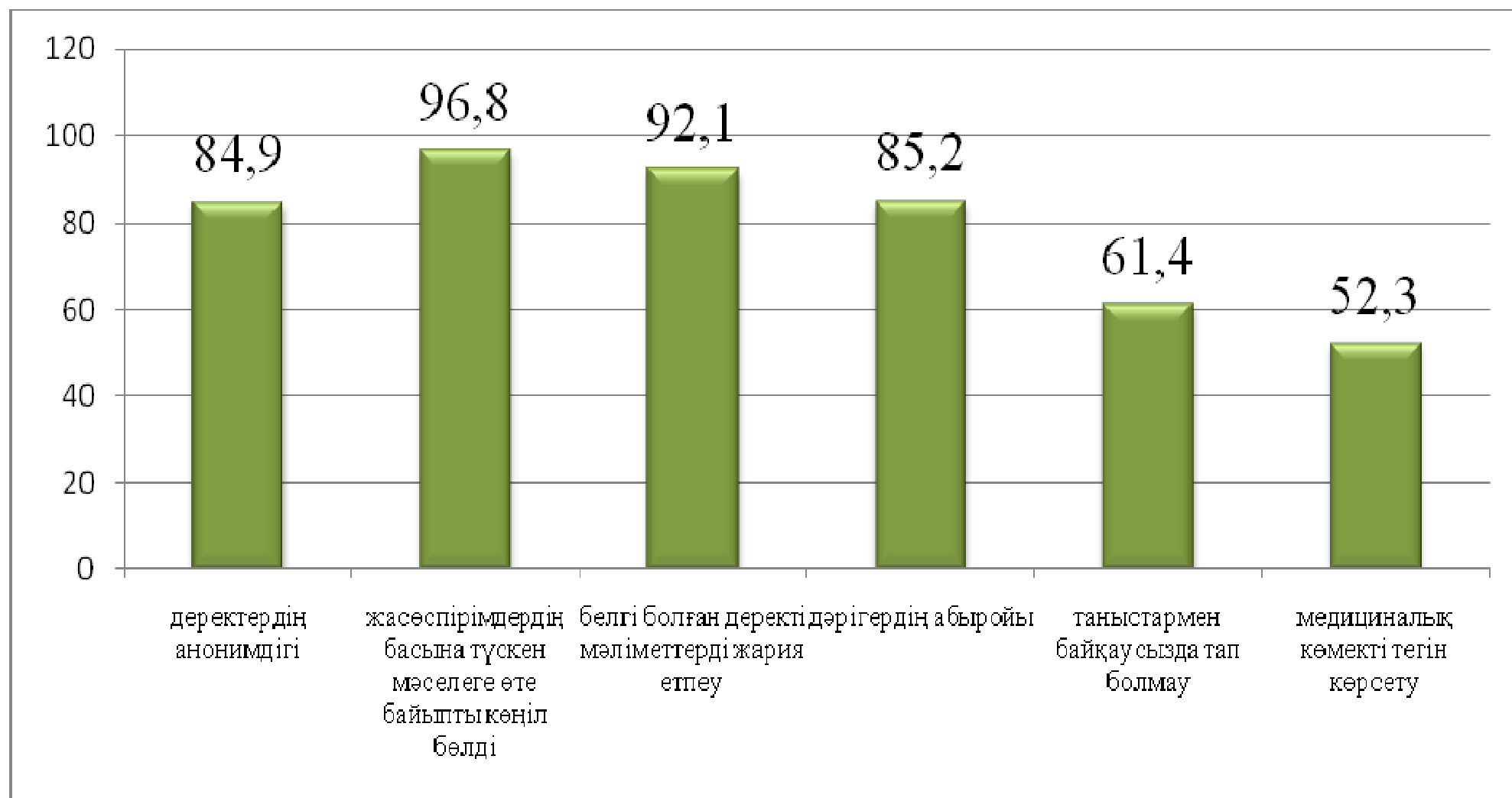
Репродуктивті денсаулықты сақтау үшін ана мен баланы қорғау қолданыстағы нормативтік - құқықтық база қажетті жағдайларды қамтамасыз етеді, бірақ балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтік мінез – құлқындағы өзгерістердің пайда болуына байланысты уақыт өте келе жетілдірулерді және толықтыруларды қажет етеді (ерте жыныстық белсенділік, ақпараттық жеткіліксіз ағын, темекі шегу мен наркотикалық заттарды қолданудың таралуы, қазіргі уақыттағы психологиялық және физиологиялық теңгерімсіздік).

Мамандандырылған гинекологиялық көмек көрсету ұйымдары ең оңтайлы жүйе болып саналады, жаңа элементтерді енгізе отырып: жасөспірімдер және жастар орталығы, жастармен психологиялық және ақпараттық жұмыс, стационар алмастырушы технологияларды ендіру, ғылыми-зерттеу институттарының базасында балалар стационарлық гинекологиялық көмекті дамыту, жоғары мамандандырылған акушерлік-гинекологиялық бөлімдер, балалар және жасөспірімдер гинекологиялық жүйесіне ғылыми-әдістемелік орталықтар енгізу.

Қалада балалар мен жасөспірімдердің денсаулық жағдайындағы оң өзгерістер байқалуда. Бұл, ең алдымен, күшті үрдіс, 1999 жылдан бастап санын азайту үшін денсаулықтың III топтары - созылмалы науқас балаларға және денсаулықтың I-тобының күшін арттыру - салауатты балалар. Ол сондай-ақ мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалардың мамандарының профилактикалық медициналық тексерістер кезіндегі тіркелген біріншілік сырқаттанушылықтың азаюы. Денсаулығын жақсарту ісінде елеулі нәтижелерге қол жеткізу, салауатты өмір салтын қалыптастыру мен тәрбиелеу негізінде мемлекеттік деңгейдегі органдар және денсаулық сақтау құрылымы мен жүйесінің бірлесе күш жұмсауы. Бұл бағыт ұлттың денсаулығы үшін мемлекеттік саясаттың стратегиясының ең маңызды бірі болуы тиіс.

Оң нәтижеге қол жеткізу үшін балалар мен жасөспірімдер арасында гинекологиялық аурулардың ерте кезеңдік алдын алуға қоғамда оңтайлы жағдай қалыптастыру. Жасөспірімдер арасында контрацепцияның жекеленген түрлерін қолдануға мемлекеттік льготтар енгізуді қарастыру керек.

Жыныстық жолмен берілетін аурулардың алдын алу, қажетсіз жүктілікті болдырмау үшін контрацепцияны қолдану, гендерлік қатынастар, сексуалдық өмір, салауатты өмір салты сияқты сұрақтарды қамти отырып, 7 – 8 сыныптардан бастап және жоғары оқу орындарына арнайы оқу үлгісін ендіру.



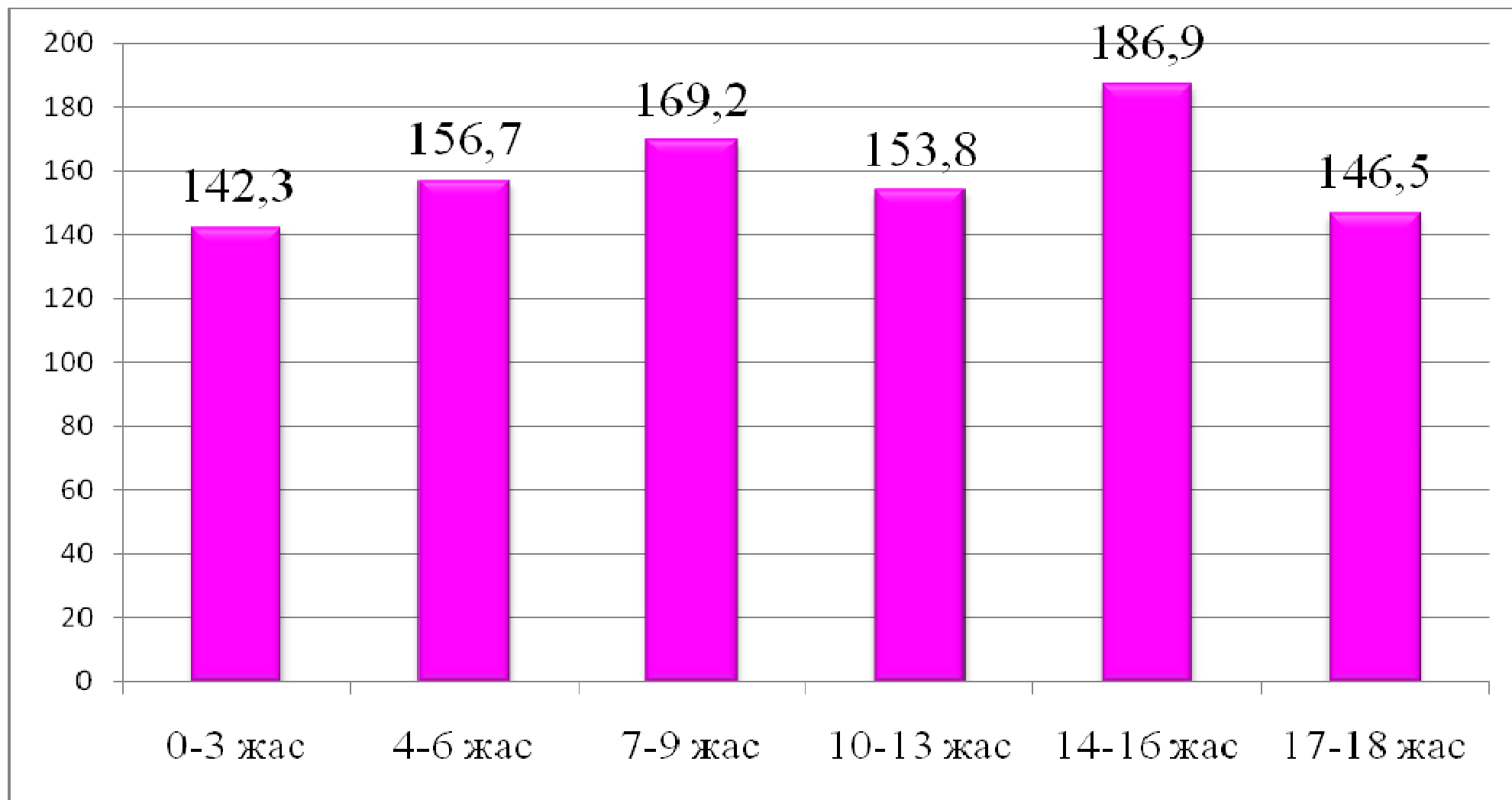
Сурет 10. Арнайы гинекологиялық көмекті ұйымдастыру барысында есепке алынуға тиісті жасөспірімдердің ұсынысы (% есептегенде)

төмендейді (7-9жас аралығында – 168,9%, 10-13 жас аралығында - 152,6%), 14-16 жас аралығында, гормоналды өзгерістерге байланысты, ол көбейеді -187,4%, ал 16 жастан асқанда 148,3% дейін қайта төмендейді. **(11 сурет)**

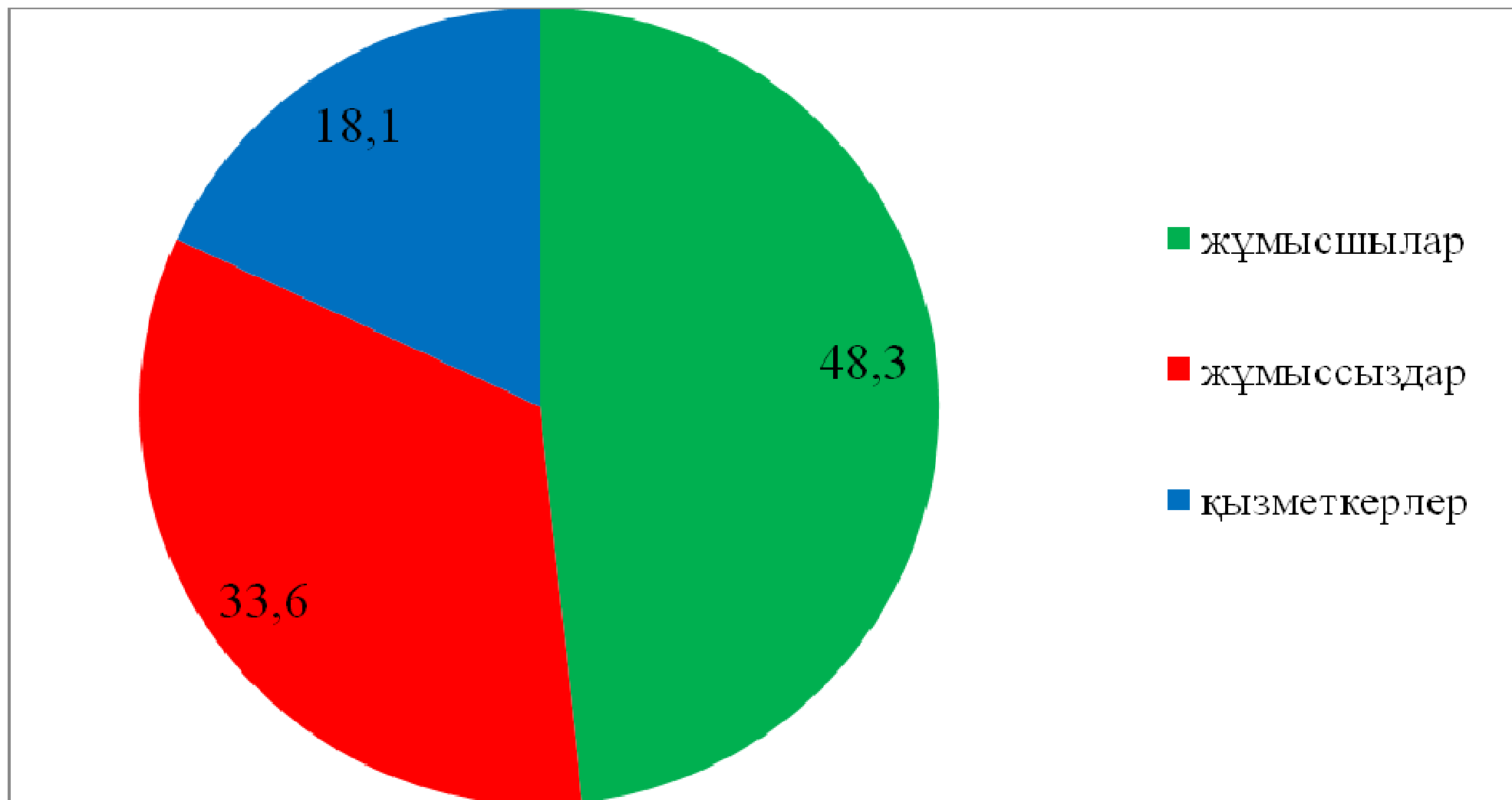
Ер балдардың өмір сүру жағдайы мен өмір салты олардың репродуктивті денсаулығына тікелей әсер еткендіктен көптеген зерттеулер жүргізілді. Андрологиялық патологиясы бар ер балдардың аналары арасында, жұмысшы болып істейтін аналар саны екі есе жоғары, жұмыссыз және үй шаруасындағы әйелдер саны 3 есе жоғары, ал қызметшілердің саны бақыланған топтарға қарағанда азырақ екендігі дәлелденді. **(12 сурет)** Аналары білікті отбасылардың ер балдарында жиі крипторхизм және варикоцеле патологиялары анықталған. **(13 сурет)**

кесте 1. Репродуктивті функцияның қалыптасуына әсер ететін қатердің медициналық-элеуметтік факторлары анықталды. Андрологиялық патологияның қалыптасуына (крипторхизм, варикоцеле, фимоз), статистикалық жағынан маңызды ($p < 0,001$), жүктілік алдында болашақ ананық шылым шегуі, жүктілік барысында белсенді және енжар шылым шегу әсер етеді. Статистикалық жағынан маңызды болып табылатын ($p < 0,001$), ер балдар арасында фимоз бен варикоцеленің қалыптасуына ананың жүкті болуына дейін әкенің ішімдікке салынуы әсер етеді. Әкенің есірткіні жүйелі түрде баланың өмірге келуіне дейін қолдануы, ер балада крипторхизмнің пайда болуына әсер етеді ($p < 0,001$). Ана анамнезінде жасанды түсік жасатуы, статистикалық тұрғыдан шынайы, оның баласында фимоз бен крипторхизмнің қалыптасу жиілігіне әсер етеді ($p < 0,001$). Ер балдарда крипторхизм мен фимоздың қалыптасуына жүктілікке дейін әке мен ананың жасырын инфекциялары ($p < 0,001$) да әсер ететіндігі дәлелденген. Варикоцеленің қалыптасуына ана жағынан не әке жағынан күре тамыр патологиясының және жақын туыстарында осыған ұқсас аурулардың болуы әсер етеді ($p < 0,001$).

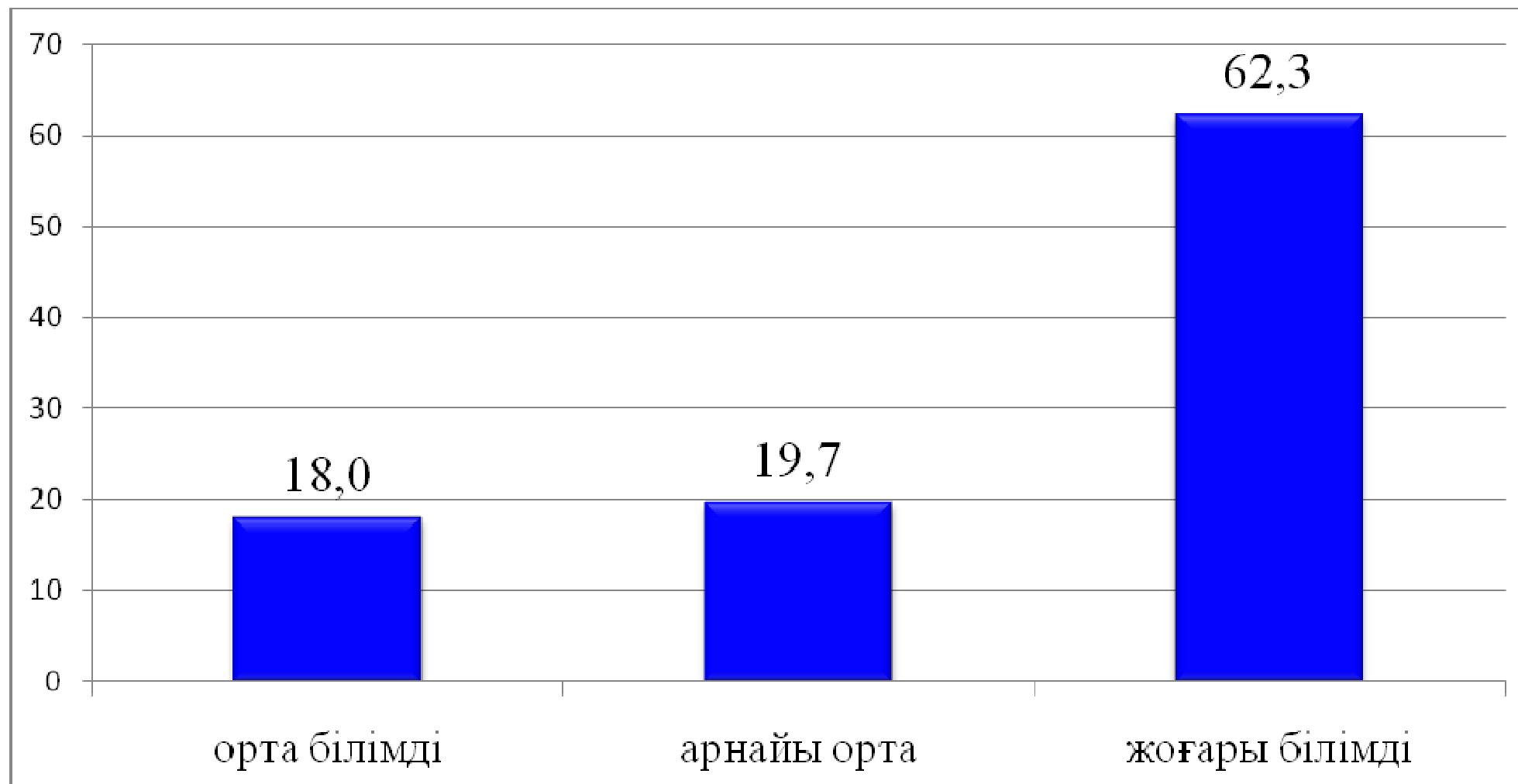
Жасөспірімдердің репродуктивті құрылымы отбасы және неке туралы мінсіз-романтикалық, қарама-қарсы, бұлдыр түсінігімен сипатталатындығы дәлелденген. Жасөспірімдердің көпшілігінің репродуктивті құрылымы төмен, қазіргі заманғы жасөспірімдер бала-шағасы аз, нуклеарлы отбасы құруға бағдарланған, олардың некені бұзуға деген қатынасы толерантты. Ересек жастардың адам анатомиясы, физиологиясы және ерлер мен әйелдер арасындағы жыныстық қарым-қатынас салаларындағы білім әлеуеті өте төмен. Мектептерде оқушыларға жыныстық тәрбие және білім беру саласындағы жұмыс нашар жүргізіледі. Отбасы өмірінің этикасы мен психологиясы сабағына Түркістан қаласында небәрі 18,9% сұхбаткерлер қатысқан.



Сурет 11. Ер балалар мен жасөспірімдердің андрологиялық аурулардың деңгейі (1000 адамға балап есептегенде)



Сурет 12. Андрологиялық ауруы бар балалар мен жасөспірімдердің ата-анасының әлеуметтік жағдайы (% есептегенде)



Сурет 13. Варикоцеле, білімді фимозбен крипторхизмі бар балалар мен жасөспірімдердің аналарының білімі (% есептегенде)

Кесте 1 - Зиянды себептердің андрологиялық аурулардың туындауына әсері (корреляция)

Қауіп қатер	крипторхизм	фимоз	варикоцеле
Әйелдің жүктілік кезіндегі және алдындағы темекі шегуі	0,82	0,78	0,76
Әкесінің алкогольдік ішімдікке салынуы	0,41	0,74	0,86
Әкесінің ауық-ауық наркотик қабылдауы	0,92	0,38	0,34
Анамнезде аборт жасауы	0,74	0,76	0,41
Ата-анасының жүктілік алдында жасырын инфекцияға шалдығуы	0,72	0,71	0,36
Ата-ананың веноздық патологиясы	0,23	0,14	0,73

Балалар гинекологын шақыра отырып, мектепте жасөспірім қыздар арасында міндетті профилактикалық тексерулерді енгізуді қолға алу керек.

Қазақстан Республикасының барлық өңірлерінде балалар мен жасөспірімдерге мамандандырылған гинекологиялық көмек көрсету жүйесін жетілдіру үшін жастармен жұмыстың жаңа түрлерін енгізу және кәмелетке толмағандардың істері жөніндегі гинекология бойынша оқу - әдістемелік орталықтарды қалыптастыруды жалғастырған жөн болады.

Жастар мен жасөспірімдер арасында жыныстық жолмен берілетін аурулардың алдын алу, қажетсіз жүктіліктің салдары және контрацепцияны қолдану, салауатты өмір салты сұрақтарына кеңес беру орталықтарын дамытуды жолға қою керек.

Сексуалдық өмір сұрақтарына бірінші кезекте жыныстық қатынас салдарына жауаптылық және қауіпсіз жыныстық қатынасқа тәрбие жүргізу мақсатында жастар мен жасөспірімдерге арналған арнайы басылымдар (газет, журнал) ұйымдастыру.

Салауатты өмір салты, сексуалдық өмір және балалар мен жасөспірімдер арасында ер мен әйелдің психологиялық байланысы жайындағы сұрақтарға көбірек көркем әдебиеттерді жариялау жалғасын табуы тиіс.

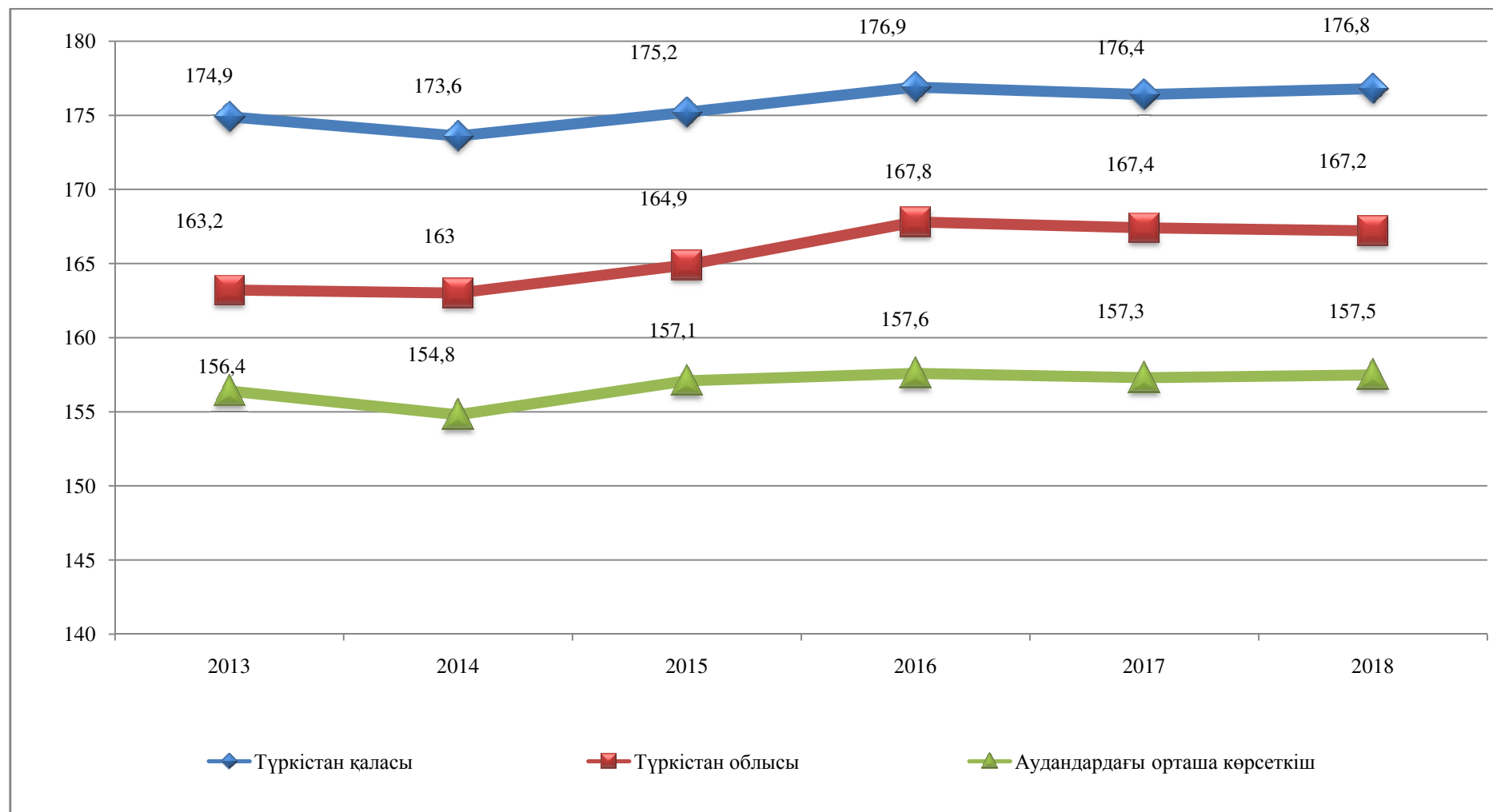
ДДҰ мәлімдеуінше, «Репродуктивті денсаулық жеке тұлғалар қанағаттанарлық, жауапты сексуалдық өмірі болуы тиіс, көбеюі қабілетіне тиісті медициналық қызметтің қол жетімділігіне құқылы, жұптардың сау сәбиді дүниеге әкелуін қамтамасыз ету». Жасөспірімдердің ұрпақты болу денсаулығына жету үшін құрал, ДДҰ деректері бойынша, «Қоғамдағы барлық негізгі топтарды түсіну, соның ішінде жастар, физикалық, психологиялық және жасөспірімдердің ұрпақты болу денсаулығын

элеуметтік аспектілері, жасөспірімдердің қажеттіліктерін қанағаттандыру саясаты мен бағдарламаларды іске асыру». Өткен ғасырлардың соңында туындаған біздің мемлекетіміздегі қиын демографиялық жағдай жанұялық өмірге қадам басқан жастардың репродуктивтік денсаулығының төмен деңгейімен сипатталады. Қазіргі уақытта Қазақстанда қыздар мен жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығының бұзылысын емдеу және алдын алу шаралар жүйесі дамуда, саясат және әкімшілік құжаттар, денсаулық сақтау, сондай-ақ іс жүзінде оның практикалық жүзеге асырылуы жүріп жатыр. Аналогиялық шаралар жүйесі ерлердің ұрпақты болуының жоғарылауы енді ғана дамуда, балалар мен жасөспірімдік жастарғы 60% андрологиялық аурушандық уақыт өте келе болашақтағы фертильділікке қауіп төндіруі мүмкін. Қазіргі уақытта мемлекеттік юрисдикция емдеу - профилактикалық мекемелерінде балалар андрологиясы ұсынылмаған. Науқас балалардың ата-аналары ауру табиғатын, оның емін, болжамын, мінездемесін және оперативтік коррекция көлемін, оның жүргізілу мерзімін, горманальдық терапия мүмкіндіктерін және т.б. ақпарат ала алады. Көптеген науқастар үшін системадиспансеризация жұмыс істемейді, құқықтық және ұйымдастырушылық сұрақтарға рұхсат етілмейді.

Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтік денсаулығын қалыптастырудағы анықталған үрдіс өмір салты мен шартары жетекші факторлар болып табылады. Олар элеуметтік - экономикалық дағдарыс кезеңінде маңызды болды. Қоғамда болып жатқан өзгерістер жастар арасындағы стереотиптік мінез – құлқының өзгеру көрінісі – спортқа деген қызығушылық төмендеді, өз денсаулығын сақтауға және нығайтуға қажетті білім және элеуметтік ынталандыру жетіспейді; сонымен қатар, Қоғамдағы өзгерістер жастар арасында өзгеріп мінез көрсетілген - спорт қызығушылық төмендеді, өз денсаулығын сақтауға және нығайтуға қажетті білім және элеуметтік ынталандыру жетіспейді; соның ішінде, зиянды әдеттердің кеңінен таралуы байқалды, яғни темекі шегу, алкогольдік және наркотикалық заттарды пайдалануы, некеге дейінгі жыныстық қатынасының жиілеуінің жоғарылауы.

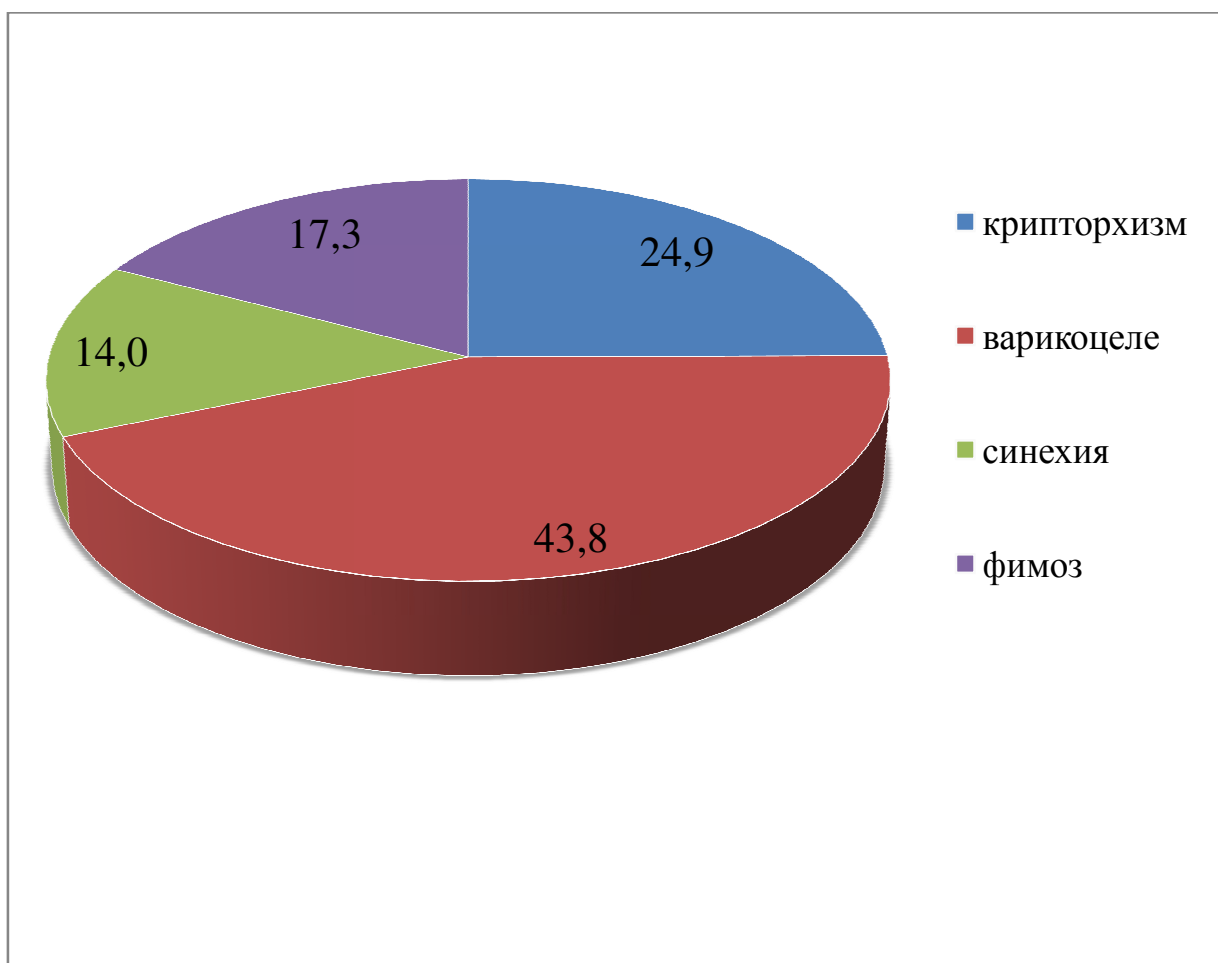
Соңғы жылдары қыздардың репродуктивтік денсаулығының жеке мәселелеріне медициналық-элеуметтік зерттеулер саны жоғарылады, сол уақытта ұлдардың репродуктивті денсаулығының медициналық - элеуметтік аспектілеріне арналған жұмыстар азайды. Осы уақытқа дейін елімізде ұлдардың репродуктивті денсаулығын медициналық-элеуметтік бағалау бойынша зерттеулер жүргізілмеген. Осы мәселе бойынша жарияланымдар автордың қолжетімді әдебиеттер де табылған жоқ.

Ер-оқушы балалардың жасы (7-ден 15 дейін және одан жоғары) мен өмір сүру аймағын ескере отырып үлкен статистикалық материалдар (шамамен 60 мың зерттеулер), мақсатты скринингтік тексерулердің нәтижелері бойынша ер балалар арасында андрологиялық патологияның таралуы зерттелді. Оңтүстік Қазақстан облысы аумағында мектеп жасындағы ер балдар арасында репродуктивті және жыныс мүшелерінің аурулары 167,8% жиілікпен кездеседі. Шымкент қаласында ер балдардың арасында



Сурет 14. Түркістан облысы мен қаласы және ауыл тұрғындары арасындағы андрологиялық аурулардың таралу деңгейі (1000 адамға балап есептегенде)

андрологиялық патологияның таралу деңгейі 176,9%о құрады. Ал ауыл тұрғындары арасында 157,6%о түзеді (сурет 14). Репродуктивті жүйе бұзылыстары тікелей андрологиялық патологияға (крипторхизм, варикоцеле және т.с.с.), сондай ақ келешекте репродуктивті денсаулық жағдайына әсер етуі мүмкін немесе әсер етіп жатқан қауіпті себептер және сырқаты (фимоз, синехия және т.б.) қатарына жатқызылды. Жүргізілген профилактикалық тексеру материалы негізінде, андрологиялық патологияның таралу деңгейі адамның жасына байланысты екендігі дәлелденді. 7 жас пен 14 жас аралығында андрологиялық аурулардың жиілігі алынады, ал 6,4-25,9% пациентке ешбір дәрі-дәрмек тағайындалмайды екен.

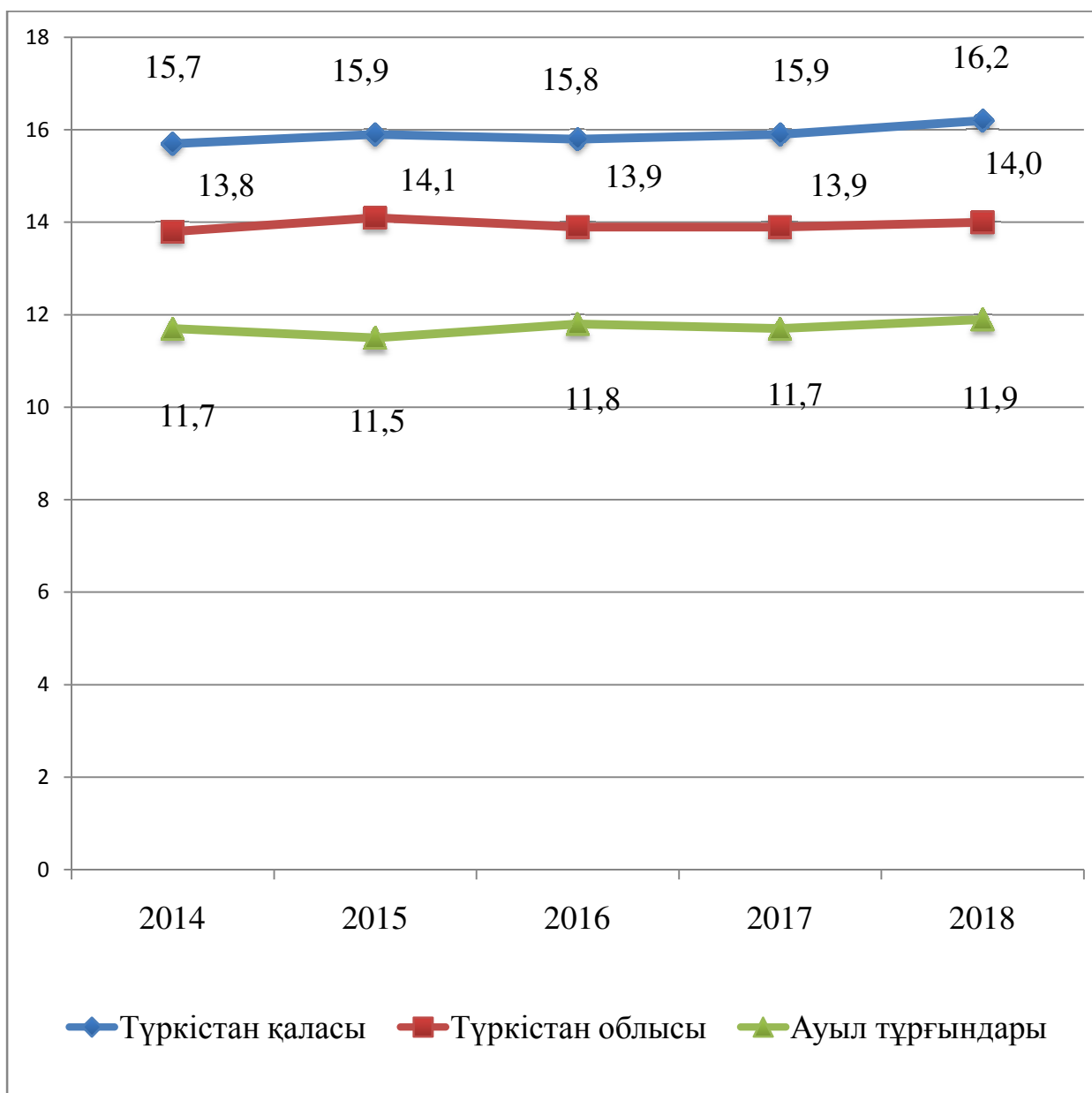


Сурет 15. Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтік жүйе қызметінің ауытқуына алып келетін андрологиялық ауруларының құрамы (% есептегенде)

Ер балдарда андрологиялық ауруларды анықтаудың басты әдісі мақсатты тексерулер жүргізу болып табылады. Тексеру барысында 17,7% фимоз, 24,9% крипторхизм және 43,8% жағдайда варикоцеле анықталады. (сурет 15)

Андрологиялық патологиясы бар ер балдарды стационарлы емдеу сапасын бағалау барысында андрологиялық ауруы бар пациенттердің

көпшілігіне, олар дәрігерге шағымданған замат, ота жасайтындығы анықталған (37%-55% жағдайда). Сондай ақ, стационарлы емдеу мәселесі әлі де шешілмеген, мамандандырылған балалар андрологиялық бөлімдері мүлде жоқ. Ота жасалған пациенттердің көпшілігі ұзақ уақыт диспансерлік бақылауды және кезең-кезеңмен оналтуды қажет етеді. Бірақ ота жасалған ер балдардың тек 11,9-16,2% ғана диспансерлік есепке алынған болып шықты (сурет 16).



Сурет 16. Андрологиялық аурулары бар жасөспірімдердің арасындағы диспансеризацияның деңгейі (% есептегенде)

Балалар мен жасөспірімдерде кеңінен таралған андрологиялық патология ретінде кездесетін синехияны жіктеу және диагностикалау ұсынылған;

Диспансерлік бақылауды қажет ететін андрологиялық ауруға шалдыққан балалар мен жасөспірімдер денсаулығы жағдайының тобын жіктеу ұсынылған;

Балалар мен жасөспірімдер қызметінің ұйымдастырушылық құрылымдарының нормативті жобалау әдістемесі жасалды;

Зерттеу нәтижелері бойынша андрологиялық патологиясы бар балаларға медициналық көмек көрсету бағдарламасының негізгі ережелері дайындалды. Ер балалардың репродуктивті денсаулығын сақтау және нығайтуға бағытталған медициналық-әлеуметтік және ұйымдастырушылық сипаттағы іс-шаралар жүйесі ұсынылды.

Ер балдардың андрологиялық патологиясының даму жиілігіне әсер ететін қауіптің медициналық-әлеуметтік факторларына көп өлшемді талдау жасадық. Ең маңызды қауіп факторына әке жағындағы туыстарында осындай аурудың болуы, осы ауруға шалдыққан балаға жүкті болғанда асқынулардың болуы, шала туу, жүктілік барысында темекі шегудің әсері жатады. Ер балдарда репродуктивті жүйе жағынан бұзылымдар мен андрологиялық патологияның дамуына әсер ететін қауіптің тұқым қуалайтын факторлардың деңгейі 60%. Ол қауіптің медициналық-әлеуметтік факторлар үлесінің шамамен 40% құрайды.

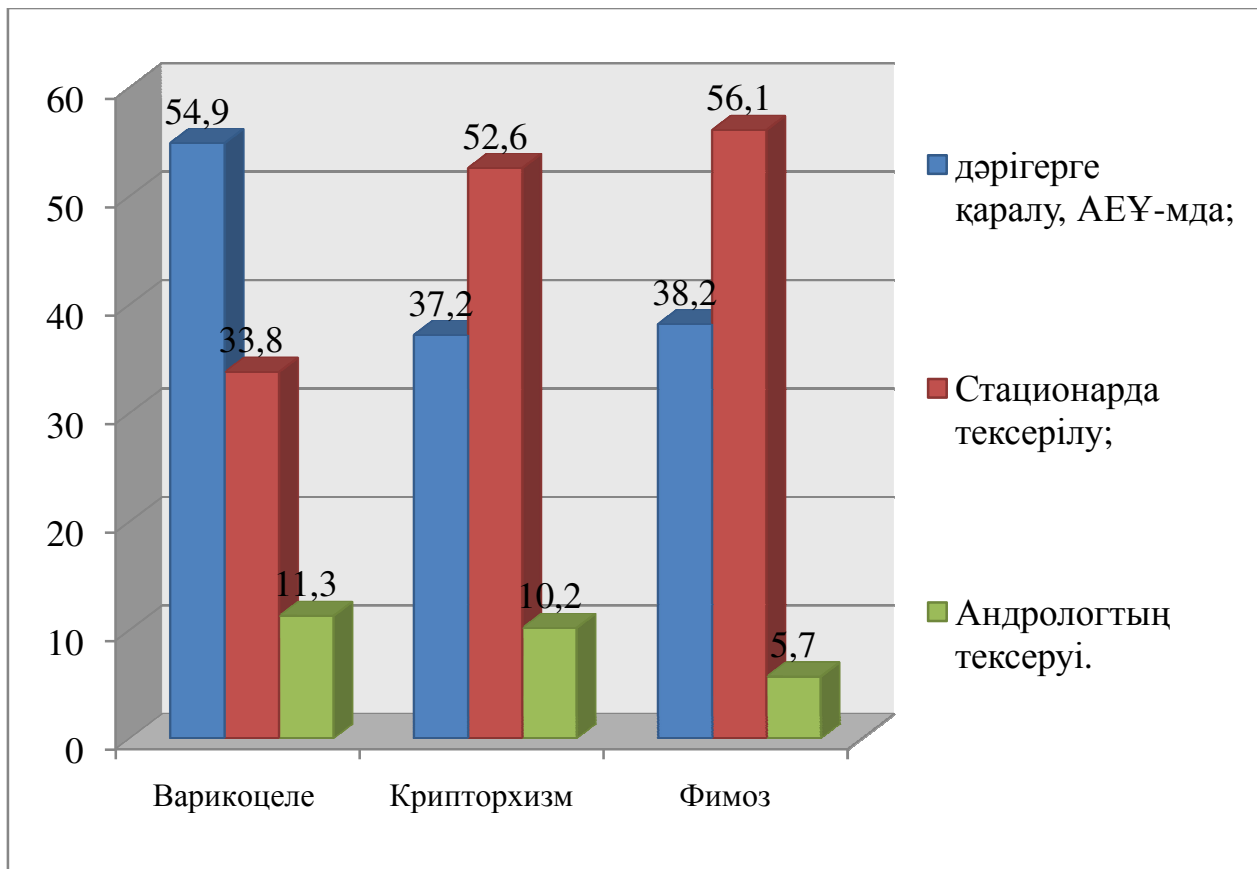
Жыныс, жыныстық мінез-құлық, репродуктивті құрылым мәселелері бойынша ер балдар мен жасөспірімдердің хабардарлық деңгейін төмен деп бағалауға болады. Ер балдардың адам анатомиясы, физиологиясы және ерлер мен әйелдер арасындағы қарым-қатынас саласындағы білім әлеуеті өте төмен. Жасөспірімдердің көпшілігінің репродуктивті құрылымы төмен, қазіргі заманғы жасөспірімдер бала-шағасы аз, нуклеарлы отбасы құруға бағытталған, олардың некені бұзуға деген қатынасы толерантты.

Ер балдар мен жасөспірімдерге андрологиялық көмек көрсету мен оларды емдеудің қазіргі жүйесінің негізгі кемшіліктеріне учаскелік педиатрлар, балалар емханасының дәрігер-мамандары мен мектеп дәрігерлері арасындағы сабақтастықтың жоқтығы, андрологиялық патологиясы бар балаларды диагностикалау, емдеу мәселелері жайлы дәрігерлердің біліктілігінің төмендігі, мұндай пациенттерді емдеудің бірегей үлгісінің жоқтығы жатады. Ер балдарда репродуктивті жүйенің бұзылуын ерте кезеңде анықтау бойынша балалар емханасының педиатрларының жұмысы дұрыс қойылмаған.

Репродуктивті жүйесі бұзылған балаларды мамандандырылған стационарлы емдеу мәселесі әлі шешімін таппады. Біздің елімізде мамандандырылған балалар андрологиялық бөлімдері жоқ. Балалар мен жасөспірімдерге андрологиялық көмек көрсету және емдеу мәселесі әр түрлі жеке меншік емдеу және профилактикалық мекемелері аясында шешіледі.

Дәрігерлер көмегіне бірінші рет жүгінгенде ақ пациентте варикоцеле (54,9%) мен фимоз анықталған (37,2%), ал крипторхизмнің анықталу деңгейі 37,2% жеткен.

Қазіргі таңда елімізде балалар мен жасөспірімдерге андрологиялық көмек көрсету және емдеу жүйесін құру, қалыптастыру және басқарудың



Сурет 17. Андрологиялық ауруларды анықтау жолдары (% есептегенде)

- бірегей қағидалары мен әдістерін реттейтін ұйымдастырылған нормативті құқықтық база мен ресми құжаттардың жоқтығы медициналық қызметтің осы түрінің жағдайын толық бақылауға мүмкіндік бермейді және осы бағытта мақсатқа бағытталған жұмысты талап етеді. Андрологиялық патологиямен ауыратын балалар мен жасөспірімдер арасында диспансерлік бақылаудың мынадай 4 түрін атап айтқан абзал: 1 – хирургиялық немесе консерваторлық емдеуді қажет ететін, сондай ақ қайталауы мен ауруы асқынған пациенттерді бірінші рет есепке алу; 2 – бір жыл бойы қайталаулары, патологиялық процестің шарықтауы, отадан кейінгі асқынулар байқалмаған пациенттер; 3 – екі жыл бойы қайталаулар, патологиялық процестің шарықтауы байқалмаған пациенттер; 4 – үш жыл бойы қайталаулар, патологиялық процестің шарықтауы байқалмаған пациенттер.

Балалар және жасөспірімдер андрологиялық қызметін жобалау, жоспарлау, жұмыс істету және басқару бірқатар жалпы ұйымдастырушылық қағидаларға негізделген, олардың ең маңызды қағидаларына: медициналық қызмет сапасының медицина, саяси, экономикалық, технологиялық және медициналық әлеуметтік факторларының заманауи деңгейіне сай келуі, жүйе элементтерінің әр түрлілігіне қарамастан жүйенің ұйымдастырушылық құрылымдық және функционалдылық жағынан анықтығы мен тұтастығы; балалар мен жасөспірімдерге көрсетілетін андрологиялық көмектің аймақтық, медициналық әлеуметтік және географиялық ерекшеліктерін

ескере отырып, андрологиялық көмек көрсету жүйесін қалыптастыру және кеңістіктік тұрғыдан құру; андрологиялық көмектің табиғи және басқарушылық қозғалысын ескере отырып, балалар мен жасөспірімдерге андрологиялық көмек көрсетудің көп деңгейлі жүйесін құру; жүйенің құқықтық қатынас нормаларына сай болуы; жүйенің әлеуметтік экономикалық тұрғыдан негізделуі болып табылады. Балалар мен жасөспірімдерге андрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастырудың басты арнайы қағидалары: аудандық (қалалық, аймақтық) уролог андрологтардың қатысуымен андрологиялық патологияны ерте кезеңде белсенді түрде анықтау; зерттеу мен диагностика жасаудың заманауи ақпараттық әдістерін қолдану; жоғары білікті диспансерлік бақылау, қайталауға қарсы терапия мен оңалту шараларын жүргізу; жоғары деңгейлі диагностикалаумен және емдеумен қамтамасыз ету; балалар мен жасөспірімдер андрологиясы саласында ұйымдастырушылық әдістемелік жұмыстарды жүргізу жұмыстары болуы қажет. Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивті денсаулығы орталықтарының қызметін (уроандрологиялық диспансерлер) кәмілет жасқа толмаған пациенттерге медициналық көмек көрсету және емдеудің негізгі қағидаларына сәйкес құру керек: ақысыз қабылдау мен емдеу; қатаң құпиялылық; репродуктивті жүйесі қызметінің бұзылуы бойынша қауіпті топ құрамына жататын барлық кәмілет жасқа толмаған балаларды психотерапевт сексолог пен әлеуметтік қызметкермен бірге міндетті түрде диспансерлік бақылау; басқа проблемаларымен жүгінген адамдар арасында ЖЖБА бар пациенттерді белсенді түрде анықтау; жыныстық қарым қатынастан соң жағымсыз салдарға тап болған жасөспірімдер арасында оңалту іс шараларының толық кешенін жүргізу; жыныстық тәрбие, гигиеналық білім беру және салауатты өмір салтын үгіттеу бойынша білім беру бағдарламаларын жүргізу; кәмілет жасқа толмаған пациенттерге көмек көрсету бойынша атқарушы биліктің муниципалдық және федералдық органдарының дағдарысты қызметінің күшін үйлестіру. Балалар мен жасөспірімдерге андрологиялық көмек көрсету және емдеуді ұйымдастыру оны әр қарай жетілдіруді талап етеді. Еліміздің халқына медициналық көмек көрсету жүйесінде осы қызмет түрін орындауға тікелей бағытталған мамандандырылған құрылымдарды құру қажет. Біз жасаған мамандандырылған балалар андрологиялық емдеу мекемесін мағызды негіз ретінде нормативті жобалау әдісі оның емдеу диагностикалық бөлімдерінің, бөлімшелерінің қажеттіліктерін анықтауды, медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету және олардың қызмет көрсетуі қарастырылады. Әдіс мамандандырылған балалар андрологиялық бөлімдер мен емдеу мекемелерінің штаттарын жобалау барысында қолданылуы мүмкін. Емдеу мекемелерінің медициналық қызметкерлерге мұқтаждығын есептеуге арналған Денсаулық сақтау министрлігінің нормативті ақпаратын медициналық қызметкерлердің санын және мамандандырылған балалар андрологиялық бөлімдері мен емдеу мекемелерінің штаттарын жобалаудың нормативті әдістерін есептеуге арналған нормативтерді жасау барысында қолдануға болады.

Балалар және жасөспірімдер андрологиялық қызметінің төрт деңгейлі үлгісі жасалды: бірінші деңгей – учаскелік педиатрлар мен білім беру мекемелерінің дәрігерлері; екінші – балалар емханасындағы уроандрологиялық кабинеттер; үшінші – қалалық (облыстық) балалар мен жасөспірімдердің репродуктивті орталықтары немесе қалалық (облыстық) уроандрологиялық диспансерлер; төртінші – балалар көпсалалы ауруханалардың мамандандырылған андрологиялық бөлімдері. Ұсынылып отырған үлгінің негізгі құрамдастары тәжірибелі ұсыныстарда көрсетілген.

Андрологиялық патологияның жоғары әлеуметтік маңызы балалар және жасөспірімдер андрологиялық қызметін маңызды қызмет ретінде қарауға және оны бюджеттен қаржыландыруға, немесе денсаулық сақтау жүйесінің бастапқы бағдарламасына балалар мен жасөспірімдерге арналған қажетті медициналық қызметті (профилактикалық тексерулер, амбулаторлық және стационарлық емдеу) кіргізуге болатындығында.

ҚОРЫТЫНДЫ

Мәселенің өзектілігі. Еліміздің ата заңында әрбір азаматтың өз денсаулығын қорғауға құқығы бар екендігі баса көрсетілген. Дәл осы Біріккен Ұлттар Ұйымының Бас Ассамблеясының 1948 жылдың 10 желтоқсанында өткен 3 сессиясында қабылдаған адамдардың құқығын қорғау туралы декларациясымен тікелей байланысты. Президент Н.Ә. Назарбаевтың «Қазақстан-2030» - Барлық Қазақстандықтардың өсіп-өркендеуі, қауіпсіздігі және әл-ауқатының артуы» деп аталатын Республика халқына жолдауында төртінші ұзақ мерзімдік басымдылық ретінде Қазақстан азаматтарының денсаулығы, білімі мен тұрмыс-тіршілігін арттыру мәселесі қойылған. Мектеп жасындағы қыздардың денсаулығын сақтау мәселелері мемлекет пен денсаулық сақтау ұйымдары және бүкіл қоғам үшін ең басым бағыттар қатарына жатқызылды. Олардың денсаулығына мемлекет тарапынан жасалып жатқан қамқорлықтың тереңдігін 2010-2015 жылдар аралығында ел тұрғындарының денсаулығын нығайтуға арналған Ұлттық «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының орындалу сапасынан айқын көрінеді. Осы бағдарламаларда жастардың денсаулығын қорғау және демографиялық ахуалды одан ары жақсарту мәселесі мемлекеттің ең маңызды әлеуметтік міндеті деп жариялаған [1,2].

Республика халқының демографиялық жағдайына тұрғындардың репродуктивтік денсаулығы тікелей әсер ететіндігі белгілі. Жер бетін жайлаған әлеуметтік-экономикалық тоқырау жағдайында Республика халқының репродуктивтік денсаулығы шешілмеген өзекті медициналық-әлеуметтік мәселелеге айналып отыр.

Репродуктивтік денсаулықты сақтау медициналық-санитарлық қызмет көрсету саласының ғана қызметтік деп есептеуге болмайды. Алайда бұл жұмыс денсаулық сақтау саласының ең маңызды бір тармағы ретінде барынша жетілдіру үстінде деуге болады.

Зерттеу мақсаты:

Мектеп жасындағы қыздардың репродуктивтік денсаулығын сақтауды ұйымдастыру мен басқару жүйесін жетілдіру ісін заманауи талаптарға сай ғылыми тұрғыда негіздеу.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Зерттеу нысаны болып Түркістан облысының және қаласының облыстық клиникалық ауруханасындағы және перинатальдық орталықтағы гинеколог және андролог дәрігерге қаралаған репродуктивтік бұзылыспен зардап шегетін балалар мен жасөспірімдері алынды.

Зерттеу материалы болып жастар мен қыздардың репродуктивтік денсаулық жағдайы және оның бұзылысына қауіп факторы болып табылады. Біріншіден, 2006 – 2018 ж.ж. аралығындағы Түркістан облысы және оның жеке аудандары мен қалаларындағы статистикалық мәліметтердің негізіне сүйене отырып, репродуктивтік аурушандықтың таралу сараптамасы жүргізілді. Аурушандықтың көрсеткіштері интенсивті және экстенсивті

бағаланды. Облыстың жеке аудандық деңгейінде бес жылдық кезең бойынша орта және ортааудандық (ортақалалық) деңгейіне қатысты репродуктивті жүйесінің ауруының тұрғындардың біріншілік және жалпы аурушаңдық көрсеткіштері, сонымен қатар гинеколог және андрологтағы патология мәліметімен диспенсерлік есепте тұрған балалар мен жасөспірімдер саны есептелді. Облыстағы тұрғындар арасындағы репродуктивтік жүйенің аурушаңдығының жақын уақыттағы тенденциясының өзгерісі зерттеу үшін 2014 – 2018 жылдардағы динамикалық көрсеткішті қысқа мерзімдік бағалау жүргізілді.

Қыздардың денсаулық мәселелерінің клиникалық аспектілері бойынша ғылыми зерттеулер саны, зерттеудің өзектілігі медико – ұйымдастырушылық, әлеуметтік және этико - құқықтық аспектіге бағытталған мәселелерді зерттеу болып табылады. Осыған байланысты зерттеу мақсаты мен міндеттері тұжырымдалған болатын

Қазіргі заманғы қалалық қыздардың медициналық - әлеуметтік сипаттамалық ерекшеліктерінде етеккір функциясының бұзылуы мен қабыну аурулары үлесінің ұлғаюы, соматикалық және ұрпақты болу жүйесінің сырқаттанушылығының артуы анықталды. 18 жасқа дейінгі қыздарда репродуктивті мінез-құлықтың қалыптасуы медициналық және әлеуметтік аспекті ретінде зерттелді.

Қыздар мен жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығын сақтау және дер кезінде гинекологиялық аурулардың алдын алу, балаларда ерте кезеңдік гинекологиялық патологияны анықтау медико - ұйымдастырушылық себептердің әсері дәлелденді. Қазіргі қоғамдағы репродуктивті денсаулықтың негізін қалыптастыру анықталды. Осы жүйеде тұтынушылардың мүдделерін ескере отырып, анықтамасын одан әрі жетілдіруде балалар мен жасөспірімдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтау қызметтерінің қалыптастырылуын айқындайтын заңнамалық базаны жан – жақты бағалау жүргізілді.

Назарға ғылыми-зерттеу базасын және әртүрлі аймақтардың тәжірибесін ескере отырып, мамандандырылған гинекологиялық көмекті ұйымдастыру оқытылды. 18 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдердің мамандандырылған көмекке деген қажеттіліктеріне қорларды айтарлықтай жетілдіру анықталды. Кәмелетке толмағандардың істері жөніндегі гинекология және репродуктивті жастағы қыздардың денсаулығын сақтау жүйесін ұйымдастыруды жақсарту бойынша ұсыныстар жасалды.

Балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтік денсаулық мәселелері әлеуметтік – гигиеналық кешенін зерттеу нәтижелері, гинекологиялық көмекке балалардың қажеттіліктері, мамандандырылған гинекологиялық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктері, балалардың денсаулығын қорғаудағы қазіргі заманғы заңнамалық және нормативтік құжаттар репродуктивті денсаулықты сақтау мен нығайтуда саяси бағытты аймақтық деңгейде дамытуға, 18 жасқа дейінгі балаларға мамандандырылған көмекті ұйымдастыру жүйесін жетілдіру бағытын негіздеу.

ТҰЖЫРЫМ

1. Жасөспірім жігіттер арасындағы репродуктивтік бұзылыстар деңгейі орта есеппен алғанда 11,20% болса, қыздар арасында 12,78% құрады. Алайда бұл аурулардың таралу деңгейі олардың жастық – жыныстық ерекшеліктеріне байланысты.
2. Түркістан қаласындағы жасөспірімдердің андрологиялық аурушаңдығы 179,9% болып шықты. Олардың 17,7%-ында фимоз, 24,9% крипторхизм және 43,8% варикоцел болып шықты.
3. Түркістан қаласы жасөспірім қыздарының репродуктивтік бұзылыстарының негізгі себептеріне кіші жамбас қуысы аурулары (68,9%), етеккірдің бұзылыстары (28,7%) және өзге гинекологиялық патологиялар (2,4%) кіреді.
4. Жасөспірімдердің репродуктивтік бұзылыстарының алдын – алу және оның деңгейін төмендету шаралары бірінші кезекте скринингтік тексеру, диспансеризация, дер кезінде емдеу істерінен тұруы тиіс.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Жасөспірімдер арасында ұйымдастырылатын скринингтік тексеруді амбулаторлық – емханалық ұйымдарда, жыл сайын 1 рет гинеколог, андролог мамандарының міндетті түрде қатысуымен жүзеге асыруы қажет.
2. Скрининг зерттеу нәтижесінде анықталған жасөспірімдердің репродуктивтік бұзылыстарына алып келетін аурулар міндетті түрде гинекологтар мен андрологтардың диспансерлік бақылауына алынып, қажетті емдік – профилактикалық шараларды дер кезінде жүзеге асыру қажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Колесов, Д.В. Физиолого-педагогические аспекты полового созревания / Д.В. Колесов, Н.Б. Сальверова. М.: Педагогика, 1978.-224 с.
2. Кузнецова, М.Н. Роль средовых факторов в формировании патологии строения репродуктивной системы у девочек / М.Н. Кузнецова, Е.А. Богданова // Акушерство и гинекология. — 1989. — №2.-С. 38-44.
3. Romieu I. Effects of urban air pollutants on emergency visits of childhood Asthma in Mexico City / I. Romieu, F. Meneses, J.J.L. Sieura-Monge et al. // Am. J. Epidemiol.-1995.-V.141.-№ 6.-P. 546-553.
4. Асхабова Л.М. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М.-1994.-25 с.
5. Баранов А.А. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы / А.А. Баранов, Н. Санников // Врач.-1999.- № 9.- С. 40-42.
2. Айламазян, Э.К. Основные проблемы и прикладное значение экологической репродуктологии / Э.К. Айламазян // Журнал акушерства и женских болезней. — 2005. № 2. - С. 7-12.
6. Актуальные вопросы детской и подростковой эндокринологии: сб. науч. тр. Смоленск, 1999. - С. 53-63.
7. Андреева, И.Н. Особенности периода полового созревания девочек, проживающих в зоне радионуклидного загрязнения / И.Н. Андреева, Н.Н. Каладзе // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1993. - Т. 38, № 6. - С. 11-12.
8. Антонов, А.В. Оценка риска для здоровья как путь к снижению врожденной и наследственной патологии у детей / А.В. Антонов // Гигиена и санитария. -2006. — № 3. — С. 4 б.
9. Бабаджанова, С.Ю. Наблюдение за детьми с преждевременным половым развитием / С.Ю. Бабаджанова, М.А. Миркаилова, М.Г. Зиути и др. // Проблемы эндокринологии. 1992. - Т. 38, № 4. - С. 31.
10. Баранов, А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты / А.А. Баранов // Педиатрия. -1999. — № 3. С. 4-6.
11. Баранов, А.А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах: руководство для врачей / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. М.: Династия, 2004. - С. 4044.
12. Баранов, А.Н. Возрастные особенности физического и полового развития девочек в условиях Европейского Севера / А.Н. Баранов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1997. - № 2. - С. 49-51.
13. Дегтяров, Д.Н. Патологические последствия на человеческий плод неблагоприятных факторов окружающей среды / Д.Н. Дегтяров, О.С. Рогаткин, Н.Н. Володин // Экология человека. 1994. - № 1. -С. 85- 93.

14. Дедов, И.И. Гипогонадотропный гипогонадизм у женщин / И.И. Дедов, Е.И. Марова, И.А. Иловайская и др. // Акушерство и гинекология. - 2001. № 3. - С. 12-16.
15. Баранов, А.Н. Медико-экологические аспекты физического и полового развития девочек и девушек / А.Н. Баранов, Т.Б. Лебедева // Журнал акушерства и женских болезней. 2005. - № 1. -С. 52-56.
16. Беляев Е.Н. Опыт ведения социально-гигиенического мониторинга на современном этапе / Е.Н. Беляев, С.Г. Домнин, К.П. Щербаков // Гигиена и санитария. -2003. № 6. - С. 10-13.
17. Муратов, Э.К. Становление репродуктивной функции девушек при воздействии алюминиевого производства (ТадАЗ): дис. . канд. мед. наук / Э.К. Муратов. Душанбе, 2000. - 156 с.
18. Божедомов, В. А. Клиническая эпидемиология мужского бесплодия: / В.А. Божедомов, О.В. Теодорович // Сборник материалов II Всероссийской конференции «Мужское здоровье». — М., 2005.-С. 39.
19. Никитин, А.И. Вредные факторы среды и репродуктивная система человека: ответственность перед будущими поколениями / А.И. Никитин. СПб.: Элби-СПб, 2005. - 216 с.
20. Никитина, Л.Д. Половое развитие детей и подростков, больных сахарным диабетом / Л.Д. Никитина // Проблемы эндокринологии.-1992.-№ 4.-С. 38.
21. Вельтищев, Ю.Е. Экопатология детского возраста / Ю.Е. Вельтищев // Педиатрия. 1995. - № 4. - С. 26-33.
22. Jennings R.T. Reproduction in the space environment: Concerns for human reproduction (part 2) / R.T. Jennings, P.A. Santy //Obstet.Gynecol.Surv.-1990.-Jan.-45 (1).- P. 7-17.
23. Johnson K. Women's health: designing and implementing an interdisciplinary specialty / K. Johnson, E. Hoffman // Women's Health Issues. 1993. - Summer. -3 (2).-P. 115-120.
24. Maccoby E. Sex differences in aggression: A rejoinder and reprise / E. Maccoby, N. Jackim//Child Develop., 1980.-№4.-P. 964.
25. Kabir M. Infant and child mortality levels and trends in Bangladesh /M.Kabir,R.J. Chowdhury, R. Aniin // J. Biol. Sci. -1995.- V.27. -№2. P. 179-192.
- 26.Lauritzen C. Diagnostik und Therapie der Zyklusstoerungen waehrend Puber-taet und Adoleszenz/C.Lauritzen//Gynaekologie.-1983.-Bd.16.-№ 1.-S.32-47.
- 27.Jurko G.P. Der Gesundheitszustand von Kinder im Vorschulalter und der Ein-fluss einiger Umweltfaktoren /G.P.Jurko, L.V. Weremkowitsch, O.V. Silina et al. // Arzt. Jugendkd. -1988. -Bd.79. -№ 2. -S. 101-107.
- 28.Kaiien D.J. Talking about sex revisited /D.J.Kaiien, J.J. Siephenson // J.Youth and Adolescence. 1982,- V.11. - P. 11-24.
- 29.Kikuchi S. Physical fitness of 9-year olds in England: Related factors /S.Kikuchi, R.J.Rona, S.Chian //J.Epidemiol.Communit.Hlth.-1995.-V.49.-№ 2.- P.180-185.

- 30.Медведев, В.П. Проблемы здоровья подростков / В.П. Медведев, А.М. Куликов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2001. - № 1(5). - С. 8-14.
- 31.Методические указания по нормативам физического развития детей г. Москвы от рождения до 17 лет. М., 1972. - 88 с.
- 32.Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: руководство для врачей / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Ю.А. Ямпольская и др.; под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. М., 1999. - 226 с.
- 33.Минасян, С.М. Состояние здоровья подростков Нагорного Карабаха / С.М. Минасян, А.Г. Галстян, А.Б. Агасян и др. // Гигиена и санитария. 2003. - № 5. - С. 53-55.
- 34.Pomeroy W.B., Kinsey A.C. Sexual behavior in the human male /A.C.Kinsey, W.B.Pomeroy, C.E. Martin.-Philadelphia, 1948. -804 p.
- 35.Kinsey A.C. Sexual behavior in the human female /A.C.Kinsey, , C.E. Martin, P.H. Gebhard.- Philadelphia, 1953. -842 p.
- 36.Kirby D. School-based health clinics: An emerging approach to improving adolescent health and adressing teenage pregnancy /D.Kirby.-Washington, 1985.
- 37.Kirby D. Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior / D. Kirby, C. Waszak, J. Ziegler // Fam, Plan. Perspect. -1991 -Jan-Feb. 23 (1).- P. 6-16.
- 38.Водолазов, И.Б. Особенности выявления факторов риска андрологической патологии у мальчиков-подростков при проведении профилактических медицинских осмотров / И.Б. Водолазов, Л.И. Меньшикова, И.А. Колесникова // Поликлиника. -2008. -№1,- С. 62-63.
- 39.Выбор базовых показателей для социально-гигиенического мониторинга (атмосферный воздух населенных мест): метод, указания МУ 2.1.6.792-99. -М., 2000.-28 с.
- 40.Гаврилов, А.П. Состояние здоровья населения Челябинской области в связи с загрязнением окружающей среды / А.П.
- 41.Гаврилов, А.П. Журавлев, А.Г. Уралынин // Экологические проблемы Уральского региона и здоровье человека: сб. докл. -Челябинск, 1994. С. 20-49.
- 42.Klein J.D. Adolescents and access to health care /J.D.Klein, G.B.Slap, A.V.E1-ster, S.E.Cohn //Bull. N. Y. Acad. Med. -1993. -Winter. 70 (3). - P. 219-235.
- 43.Громова, О.А. Коррекция витаминного статуса у девушек при нарушениях менструальной функции / О.А. Громова и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2005. — № 4. — С. 87-94.
- 44.Kobayashi T. Pregnant women and the use of drugs / T. Kobayashi // Asian Med. J. 1986 -V.29. -№ 8. - P. 450-458.
- 45.Дедов, И.И. Руководство по детской эндокринологии / И.И. Дедов, В.А. Петеркова. М.: Универсум Паблишинг, 2006. — 600 с.
- 46.Дедов, И.И. Эпидемиологическое исследование особенностей прохождения стадий пубертата у детей и подростков Московского региона /

- И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Т.В. Чеботникова и др. // *Акушерство и гинекология*. 2007. - № 2. - С. 39-45.
47. Knitzer J. Mental health services to children and adolescents: A national view of public policies / J. Knitzer // *Amer. Psychologist*. - 1984. V.39. - P. 905 -911.
48. Kohler L. Children's health in Sweden / L. Kohler, Y. Jakobson - Stockholm, 1991. - 173 p.
49. Kolenko M. Gandrene of male external genitalia as a complication of perioneal infection / M. Kolenko, V. Zaezzhalkin // XXVI Medical Conference, Addis Ababa, 24 th- 26th May, 1990. P. 95.
50. Lamb E.J. Epidemiological studies of male factors in infertility: Rev. / E.J. Lamb, S. Benett // *Ann.N.Y.Acad.Sci.* - 1994. - Vol.709. - p. 165-178.
51. Lane S.D. From population control to reproductive health: An emerging policy agenda / S.D. Lane // *Soc. Sci. Med.* - 1994. - 39 (9). P. 1303-1314.
52. Macintyre S. The patterning of Health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research. / S. Macintyre // *Soc.Sci.Med.* - 1986. - 23. - № 4. - P. 393-415.
53. Вельтищева, Ю.З. Экология и здоровье детей / Ю.З. Вельтищева, В.В. Фокеева // *Материнство и детство*. 1992. - №12. - С. 30-32.
54. Lasley B.L. Methods for evaluating reproductive health of women / B.L. Lasley, S.E. Shidleler // *Occup. Med.* - 1994. Jui-Sep. -9 (3). - P. 423-433.
55. Looff J.D. Anorexia nervosa / J.D. Looff, E. Wilson // *Pediatric and Adolescent Obstetrics and Gynecology* / Ed. J.P. Laveiy, J.S. Sanfilippo. - N.Y., 1985. - P. 185-205.
56. Власов, В.В. Введение в доказательную медицину / В.В. Власов. - М.: Медиа Сфера, 2001. 392 с.
57. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц; пер. с англ. Ю.А. Данилова; под ред. Н.Е. Бузикашвили, Д.В. Самойлова. - М., 1999. - 459 с.
58. Година, Е.З. Динамика процессов роста и развития у человека: пространственно-временные аспекты: автореф. дис. . д-ра биол. наук / Е.З. Година. М., 2001. - 43 с.
59. Ким, И.Н. Влияние электромагнитных полей на пользователя компьютерного оборудования / И.Н. Ким, Е.В. Мегеда // *Гигиена и санитария*. - 2007. № 1. - С. 44-48.
60. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и защите прав потребителей в Челябинской области в 2006 году» / под ред. гл. гос. сан. врача по Челяб. обл. А.А. Семенова. Челябинск, 2007. - 7 с.
61. Нарушения полового развития / под ред. М.А. Жуковского. — М.: Медицина, 1989. - 271 с.
62. Григорьев, Ю.Г. К оценке опасности электромагнитного поля, генерируемого монитором (исследования в условиях кратковременной работы оператора на персональном компьютере)
63. Максимова, М.В. В XXI в. — со старыми и новыми глобальными проблемами / М.В. Максимова // *МЭМО*. 1998. - №10. - С. 5-22.

64. Демин, В.Д. Значение неблагоприятных экологических факторов в формировании детской патологии / В.Д. Демин, С.О. Ключинков // Педиатрия. -1995. -№ 3. -С. 98-101.
65. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: справочник / под ред. Н.П. Шабалова. М., 2003. -544 с.
66. Schlaegel J. Sexuelle Sozialisation in Vorpubertät, Pubertät und früherer Ado-leszenz- Sexualmedizin / J. Schlaegel, K. Schoof-Tams, K. Walczak/-1975.- Bd.4. S.206-218, 306-325, 381-388.
67. Schor E.L. The influence of families on children health: Family behaviours and child outcomes / E.L. Schor // *Pediatr. Clin. North Am.* 1995 - V.42.-№ 1.-P. 89-102.
68. Seegmiller B. Sex-typed behavior in preschoolers: sex, age, and social class effects / B. Seegmiller// *J. Psychol.* 1980. -№ 1.-P. 575.
69. Shilling S. Der unerfüllte Kinderwunsch beim Mann: Bewältigung und Eriiden :Ergebnisse einer psychosomatisch-andrologischen Kooperatinsstudie / S. Shilling, J. Kuchenhoff, R. Konnecke, W. Tilgen // *Hautarzt.*-1996.-Bd.47.- № 9.- P. 686
70. Sigman M. Оценка мужского бесплодия с точки зрения экономической обоснованности и эффективности / М. Sigman, S.S. Howards // *Трудный диагноз в урологии /Под ред .Д.Л.Мак-Каллаха.-М., 1994.-С. 307*
71. Длин, В.В. Роль тяжелых металлов в формировании заболеваний у детей / В.В. Длин, И.М. Османов // *Российский медицинский журнал.* 1997. - № 6. - С. 48-51.
72. Доскин, В.А. Морфофункциональные константы детского организма / В.А. Доскин, Х. Кеплер, Н.М. Мураенко, Р.В. Тонкова-Ямпольская. М.: Медицина, 1997. - 287 с.
73. Дубинская, И.Д. Влияние состояния атмосферного воздуха на здоровье детей / И.Д. Дубинская // *Вестник АМН СССР.* 1981.-№ 1. - С. 45-50.
74. Иванцова, Д.Г. Становление физического и полового развития девочек и девушек, перенесших вирусный гепатит в пубертатном периоде: дис. . канд. мед. наук / Д.Г. Иванцова. Душанбе, 2005. - 147 с.
75. В.Х. Битеев и др. // *Вятский медицинский вестник.* 2001,- № 1(8).-С. 36-38.
76. Исаков, С.А. Медицинское обеспечение подростков / С.А. Исаков,
77. С.Р. Конова, С.С. Даныпова // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины.* — 2001. № 5. — С. 51-53.
78. Касьяненко, В.С. Влияние УФ-радиации на половое развитие девочек / В.С. Касьяненко // *Врачебное дело.* 1978. - № 2. - С. 105-116.
79. Каширская, Н.Ю. Методы исследований физического статуса в педиатрии / Н.Ю. Каширская, Н.И. Капранов // *Российский педиатрический журнал* 2002. - № 6. — С. 26-30.
80. Гонцов, А.А. Искусственное ионизирующее излучение / А.А. Гонцов, Е.В. Иванов, С.А. Каленицкий // *Экологическая экспертиза.* 2003. - № 4. - С. 56-86.

81. Кирьянов, А.В. Задержка полового развития у мальчиков / А.В. Кирьянов, С.Ю. Калинин // Андрология и генитальная хирургия. 2003. - № 2. - С. 20-29.
82. Киселева, И.А. Формирование пола человека / И.А. Киселева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005. — № 4. - С. 49-50.
83. Князев, Ю.А. Ожирение у детей / Ю.А. Князев, А.В. Картелишев. -М., 1982.-79 с.
84. Левин, В.М. Таблицы и номограммы для оценки физического развития подростков Ленинграда (по данным 1957 г.): пособие для врачей, обслуживающих подростков / В.М Левин. Л., 1959. - 65 с.
85. Летувнинкас, А.И. Техногенное загрязнение и здоровье детей в дошкольных учреждениях г. Томска / А.И. Летувнинкас, С.Б. Нарзулаев, Г.П. Филлипов // техногенное загрязнение атмосферы и снегового покрова: учебн. пособие Томск, 1993. - С. 5-8.
86. Мазурин, А.В. Пропедевтика детских болезней / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов. 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Фолиант, 1999. - 926 с.
87. Ю.Г. Григорьев, С.Н. Лукьянова, О.А. Григорьева и др. // Радиационная биология. Радиоэкология. — 1996. N. 41, Вып. 5. -С. 738-746.
88. Donker, G.A. Low birth weight and serum lipid concentrations at age 7 11 years in a biracial sample / G.A. Donker, D.R. Labarthe, R.V. Harrist // Am. J. Epidemiol. - 1997. - Vol. 145, № 5. - P. 398-407.
89. Ewers, U. Blei und Cadmiumgehalte in Milchschneidezahnen von Kindern aus Duisburg und Gummersbach — Entwicklungstrend 1976 -1988 / U. Ewers, M. Turfeld, I. Freier // Zbl. Bakterid. Reihe B.: Hygiene. - 1990. - Bd. 189, № 4. - S. 333-351.
90. Fazzi, E. Neurodevelopmental outcome in very low birth weight infants at 24 months and 5 to 7 years of age: changing diagnosis / E. Fazzi, S. Orcesi, C. Telesca // Pediatr. Neurol. 1997. - № 17(3). - P. 240-248.
91. Frisch R.E., Revelle R. Physical development in children // Science. — 1970. Vol. 169, № 943 - P. 397-399. Мальцев, С.В. Характер, частота и причины дефицита массы тела у школьников / С.В. Мальцев // Современные проблемы педиатрии: материалы 8-го съезда педиатров России. М., 1998. - С. 432.
92. Мамбеталин, Е.С. Экскреция с мочой химических элементов в условиях техногенного загрязнения окружающей среды / Е.С. Мамбеталин, А.В. Скальный // Гигиена и санитария. 1992. - №5-6.-С. 15-17.
93. Медведев, В.П. Роль семейного врача в охране здоровья подростка / В.П. Медведев, А.М. Куликов, Л.А. Чернова // Российский семейный врач. 1998. - № 1. - С. 22-28.
94. Мингазова, Э.Н. Репродуктивное здоровье девушек подростков (медико-социальное исследование учащихся образовательных учреждений): автореф. дис. . д-ра мед. наук / Э.Н. Мингазова. -Казань, 2002. - 42 с.
95. Григорьев, Ю.Г. Персональный компьютер: физические факторы, воздействие на пользователя / Ю.Г. Григорьев, О.А. Григорьев,

- В.С. Степанов и др. // Радиационная биология. Радиоэкология. -1996. -N. 41, Вып. 2. С. 195-206.
96. Новиков, Г.В. Методические подходы при изучении заболеваемости детей в связи с загрязнением воздушного бассейна населенных мест / Г.В. Новиков, А.П. Щербо, С.Н. Палагини др. Л., 1981. - 135 с.
97. Новицкая, И.А. Репродуктивное здоровье девушек-подростков, антенатальное развитие которых совпало с аварией на ЧАЭС: автореф. дис. . канд. мед. наук / И.А. Новицкая. — М., 2006. 21 с.
98. Овсянникова, Б.Э. Нарушение менструального цикла у женщин севера // Влиян. климат, факторов сев. широт Краснояр. края на специф. ф-ции женского организма: сб. науч.-практ. материалов -Красноярск, 1979.-С. 18-22.
99. Омаров, М.Г. Воспалительные заболевания в детской андрологической практике / М.Г. Омаров, Д.И. Тарусин, А.Г. Румянцев // Лечащий врач 2005. -№ 10. - С. 70-73.
100. Оценка основных антропометрических данных, полового созревания и артериального давления: метод, рекомендации МЗ РСФСР / под ред. И.М. Воронцова. Л., 1984. - 42 с.
101. Петрова, И.В. Методические аспекты медико-биологических исследований в гигиене окружающей среды / И.В. Петрова, Л.Х. Мухамбетова, Н.Н. Беляева // Гигиена и санитария. 1994. — № 1. -С. 16-19.
102. Пинигин, М.А. Гигиенические основы оценки степени загрязнения атмосферного воздуха / М.А. Пинигин // Гигиена и санитария. - 1993.-№7. с. 4-8.
103. Плис, А.И. Практикум по прикладной Статистике в среде SPSS: учеб. пособие: в 2-х ч. 4.1. Классические процедуры статистики (+CD) / А.И. Плис. М.: Финансы и статистика, 2004. - 288 с.
104. Рахметов, Б.Р. Влияние высоких температур на репродуктивную систему / Б.Р. Рахметов, И.М. Моммадов, Г.А. Туликова и др. // Здравоохранение Туркменистана. 1986. — № 2. — С. 4-9.
105. Ребров, В.Г. Витамины и микроэлементы / В.Г. Ребров, О.А. Громова. М.: Алев-В, 2003. - 648 с.
106. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. М.: Медиа Сфера, 2002. - 312 с.
107. Романова, Т.А. Особенности пубертатного периода на современном этапе / Т.А. Романова // Русский медицинский журнал. -2004. Т. 12, № 13. - С. 778-779.
108. Савина, Н.В. Влияние социально-экономических факторов на половое созревание / Н.В. Савина, М.В. Ханды // Физиология развития человека: материалы междунар. конф., посвящ. 55-летию Ин-та возрастной физиологии. М., 2000. - С. 366-367.

109. Саэт, Ю.Е. Металлы в среде обитания / Ю.Е. Саэт, Б.А. Ревич // Геохимические аспекты экологии человека в городе / под ред. В.П. Казначеева. М.: Наука, 1985. - С. 33-41.
110. Саидова, Р.А. Нарушение менструального цикла в период полового созревания / Р.А. Саидова // Русский медицинский журнал. 2000. - Т. 9, № 10. - С. 127-138.
111. Сетко, Н.П. Эндозокологический статус как критерий риска экологически обусловленной заболеваемости / Н.П. Сетко, Н.Н. Абзалиева // Гигиена и санитария. 2001. - № 5. - С. 93-94.
112. . Андреева, О.В. Сивочалова и др. // Гигиена и санитария. —2004. — № 6. С. 46-47.
113. . Сметник, В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. М.: Мед. информ. агентство, 2003. - 560 с.
114. . Спиричев, В.Б. Методы оценки витаминной обеспеченности населения: учеб.-метод. пособие / В.Б. Спиричев, В.М. Коденцова, О.А. Вржесинская; ГУ НИИ питания РАМН МЗ РФ. М., 2001. -68 с.
115. . Сухарев, А.Г. Роль экологических и социальных факторов в формировании здоровья детского населения (на примеререспублики Алтай) / А.Г. Сухарев, С.А. Михайлова. М., 2000, 192 с.
116. Тезиева, С.И. Состояние репродуктивной функции у жительниц г.Владикавказа в связи с экологической нагрузкой / С.И. Тезиева, Л.В. Цаллагова // Антропогенные воздействия и здоровье человека: тр. науч. конф. Калуга, 1994. — С. 36.
117. . Фадеев, В.В. Гипотиреоз: руководство для врачей / В.В. Фадеев, Г.А. Мельниченко. М.: Северо-пресс, 2002. - 216 с.
118. Фарбер Д.А. Физиология школьника / Д.А. Фарбер, И.А. Корниенко, В.Д. Сонькин. М., 1990. - 297 с. Тимошенко, Л.В. Алкогольный синдром плода / Л.В. Тимошенко, Г.К. Скакун. Киев: Здоровья, 1987. - 112 с.
119. Тищенко, Л.Д. Витамины и коферменты / Л.Д. Тищенко. — М., 2002.-Часть 1.- 146 с.
120. . Уварова, Е.В. Клиника, диагностика и лечение дисменореи у девушек / Е.В. Уварова, И.Г. Гайнова // Русский медицинский журнал. 2002. - Т. 1, № 18.-С. 5-10.
121. . Уварова, Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века / Е.В. Уварова // Акушерство и гинекология. 2006. - С. 27-30. - Прил.
122. . Уварова, Е.В. Гипогонадотропный гипогонадизм: обзор лит. / Е.В. Уварова, Е.В. Трифонова // Педиатрическая фармакология. — 2008. -Т. 5, №4.-С. 45-53.
123. . Шелопут, С.Ю. Особенности физического развития подростков г.Челябинска — промышленного центра Южного Урала: дис. . канд. мед. наук / С. Ю. Шелопут. Челябинск, 2007. - 226 с.
124. Шилин, Д.Е. Синдром изолированного пубархе у девочек: руководство для эндокринологов / Д.Е. Шилин. М., 1999. - 19 с.

125. Федорова, Л.И. Особенности нарушений менструального цикла у девочек-подростков с патологией щитовидной железы: дис. . канд. мед. наук / Л.И. Федорова. Челябинск, 2006. - 152 с
126. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы): практ. руководство / под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 432 с.
127. Хеффнер, Л. Половая система в норме и патологии: учеб. пособие / Л. Хеффнер; пер. с англ. А.Г. Гунина. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 128с. - (Сер. «Экзамен на отлично»).
128. Fundamentals of obstetrics and gynecology / Ch. Beckmann, F. Ling, B. Barzanshy et al. Baltimore: Williams & Wilkins: Maryland, 1992. -P. 478.
129. Giacoia, G.P. Reproductive Hazards in the Workplace / G.P. Giacoia // Obstetrical and Gynecological Survey. 1992 - Vol. 47, № 10. - P. 679 - 687.
130. Grenier, E. Reproduction and Environment / E. Grenier, M. Poniewiera // Cah. Anthropol. Biometr. Hum. 1983. - Vol. 1, № 4. - P. 25-83.
131. Grossman, A. Neuroendocrinology of stress / A. Grossman // Clin. Endocr. Metab. 1987. - № 2. - P. 247. Хохлова, Т.Б. Становление репродуктивного здоровья девочек -подростков, коренных жительниц Горного Алтая: автореф. дис. . канд. мед. наук / Т.Б. Хохлова. Барнаул, 2000. — 21 с.
132. Цветова, И.П. Особенности физического и полового развития детей старшего школьного возраста зоны экологического неблагополучия по содержанию тяжелых металлов в средеобитания: дис. . канд. мед. наук / И.П. Цветова. Челябинск, 2008.-227 с.
133. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М.: Медиа Сфера, 1998.-352 с.
134. Фролова, О.Г. Вопросы охраны репродуктивного здоровья в решениях коллегий Минздрава РФ 2002 года / О.Г.Фролова И.А. Ильичева // Акушерство и гинекология. —2003. — № 4. — С. 63-64. Чичерин, Л.П. Современные технологии организации медико-социальной помощи подросткам / Л.П. Чичерин // Современный подросток: материалы Всерос. конф. с междунар. участием / под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. М., 2001. - С. 346-347.
135. .Шарапова, О.В. Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей / О.В. Шарапова, А.Д. Царегородцев, Б.А. Кобринский // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2004. - № 1. - С. 56-60.
136. Ямпольская, Ю.А. Характер морфологического развития девочек с разными сроками полового созревания (динамические наблюдения): автореф. дис. . канд. биол. наук / Ю.А. Ямпольская. — М., 1971. — с.
137. Ямпольская, Ю.А. Состояние, тенденции и прогноз физического развития детей и подростков России / Ю.А. Ямпольская, Е.З. Година // Российский педиатрический журнал. 2005. - № 2. - С. 30-39.

138. Payarinen J. Spermatogenic arrest and 'Sertoli cell-only' syndrome - common alcohol-induced disorders of the human testis / J. Payarinen, P.J. Karhunen // *Int. J. Androl.* 1994. - Vol. 17. - P. 292-299.
139. Rezl C.L. Reproductive hazards of industrial chemicals / Hrubá D., Ventruba P., Totusek J. // *Ser. Med.* 1998. - Vol. 71. - P. 9-14.
140. Zenses, M.T. Cadmium accumulation in follicular fluid of women in in vitro fertilization-embryo transfer is higher in smokers / M.T. Zenses, S. Krishnan, B. Krishnan et al. // *Fertil. Steril.* 1995. - Vol. 64. - P. 599- 603.
141. Ямпольская, Ю.А. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья населения: диагностика, профилактика и реабилитация / Ю.А. Ямпольская // *Гигиена и санитария.* 2006. - № 1. - С. 3-6.
142. . Ямпольская, Ю.А. Формирование в школьные годы физического развития и репродуктивного здоровья женщины / Ю.А. Ямпольская // *Гигиена и санитария.* -2006. № 1. - С. 3-6.
143. Agget, P.J. Physiology and metabolism of essential trace elements: An out line / P.J. Agget // *Clin. Endocr. Metab.* 1985. - Vol. 14, № 3. -P. 513-543.