

**ГУ «ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

УДК:618.177-07

На правах рукописи

ГАНИЗОДА МУНИРА ХУДОЙДОД

**ОПТИМИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ПОДРОСТКОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ**

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА
МЕДИЦИНСКИХ НАУК**
по специальностям 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение
14.01.01 – Акушерство и гинекология

Душанбе-2020 г

Работа выполнена на базе ГУ «Научно - исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана» и ГУ «Научно - исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Гаибов Амонулло Гаибович**
доктор медицинских наук

Научный консультант: **Камилова Мархабо Ядгаровна**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Назаров Файзали Насруллоевич**
доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургии с курсом эндовидеохирургии Бохтарского отделения ИПДО в МЗ СЗРТ.
Алиева Раъно Якубджоновна
кандидат медицинских наук, доцент ведущий научный сотрудник акушерского тдела ГУ НИИ АГ и ПМЗ и СЗН РТ

Оппонирующая организация: Таджикский национальный университет

Защита диссертации состоится «___» _____ 2020 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета БД. КОА-010 при ГОУ «Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино» по адресу: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, tajmedun.@tj, +992907706744

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2020 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

Саидмурадова Г.М.

ВВЕДЕНИЕ

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

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

В период кризисных явлений в экономике страны и перехода ее на рыночные отношения отмечается ухудшение медико-демографической ситуации, прогрессируют негативные тенденции в состоянии здоровья женщин и детей [Касимова Г.П. и соавт. 2013]. В немалой степени, в условиях развития информационных технологий подростки, особенно девочки, стали проще относиться к сексуальным проблемам. При этом, для них обычными стали добрачные половые связи, «подростковое материнство», заболевания, передающиеся половым путем и экстрагенитальная патология [Кулаков В.И., 1997; Курбанов Ш. М. и соавт., 2004].

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

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

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

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

Задачи исследования:

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

6. Разработать оптимальный комплекс мероприятий по улучшению службы репродуктивного здоровья девочек и девушек подросткового возраста.

Научная новизна.

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

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Социальными особенностями подростков в современных условиях Таджикистана являются высокий процент девочек и девушек, проживающих в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, низкая информированность о репродуктивном здоровье и правах из-за слабой системы образовательных программ по репродуктивному здоровью. Медицинскими особенностями подростков являются высокая частота соматических заболеваний, которые оказывают влияние на физическое, половое развитие и частоту гинекологической патологии среди девочек и девушек подросткового возраста.
2. Ведущее места в структуре генитальной патологии девочек и девушек подростков занимают кистозные изменения яичников, нарушение

процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции, гипоплазия матки.

3. Усиление системы образовательных программ по половому воспитанию в школах, внедрение алгоритма качественной диспансеризации подростков с комплексной оценкой их здоровья, обучение специалистов, оказывающих медико-санитарную помощь подросткам будет способствовать повышению качества помощи девочкам и девушкам подросткового возраста.

Апробация работы. Диссертация выполнена на базе ГУ «Научно - исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» ГУ «Научно - исследовательский институт профилактической медицины», прошла экспертизу и рекомендована к защите.

Основные положения и выводы диссертации, изложены и одобрены на заседаниях: Научно-практической конференции: «Актуальные проблемы здравоохранения на современном этапе» (Алматы, Казахстан 2015); «Медицина и здоровье» (Душанбе, Таджикистан 2015); «В здоровом теле здоровый дух» (Душанбе, 2016); VI съезд акушеров и гинекологов Республики Таджикистан (Душанбе, 2016); «Наука и молодежь» (Душанбе, Таджикистан 2017); «Достижение медицинской отрасли Таджикистана за период независимости» (Душанбе, 2018); На субрегиональном экспертном совещании по вопросам образования в области репродуктивного здоровья и формирования здорового образа жизни среди учащихся общеобразовательных учреждений (Гулистан, Таджикистан, 2019); «Развитие сестринского дела в Таджикистане и роль современной технологии в медицине» (Душанбе, Таджикистан 2019); Фрагменты данной работы предложены для включения в целевые программы и в приказы Управления здравоохранения города Душанбе, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Министерства образования и науки Республики Таджикистан.

Опубликование результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 11 работ, в том числе 7 в рецензируемых журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации.

Личный вклад диссертанта. Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, осуществлено планирование исследования, составлена его программа, разработаны статистические учетные формы, проведен сбор и статистическая обработка фактических данных. Отразила результаты исследования в публикациях. Анализ, интерпретация, изложение полученных

данных, формулировка выводов и практических рекомендаций в основном выполнены автором лично. Доля участия автора в сборе и обработке накопленных данных составляет более 80%, в обобщении и анализе материала исследования - 100%.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы о материалах и методах исследования, глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, включающего 150 источников, из которых 113 отечественной и 37 иностранной литературы. Материалы диссертации изложены на 115 страницах компьютерного текста, иллюстрированного 7 таблицами 14 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Для изучения качества, доступности медико-санитарных услуг и состояния соматического здоровья девочек и девушек подростков проведено анкетирование и проанализированы амбулаторные карты 1500 человек. Анкеты респонденты заполняли сами. Всем обследованным была гарантирована анонимность. Вопросы анкет предусматривали информацию о биографии девочек и девушек, о социальном статусе, образовании, образе жизни, материальном уровне семьи, жилищно-бытовых условиях, физической активности, составе семьи, вредных привычках, характере менструальной функции, половой жизни, перенесенных заболеваниях.

Для изучения особенностей физического, полового развития, соматического здоровья и гинекологической патологии проспективно сплошным методом обследованы 380 девочек и девушек подросткового возраста. Для проспективно обследованных девочек и девушек была разработана первичная карта, состоящая из блоков, отражающих медико-социальные аспекты, состояние репродуктивной системы, наличие соматических и гинекологических заболеваний, данные общего осмотра, антропометрию, показатели лабораторного обследования. Проспективное обследование предусматривало:

- Изучение анамнеза. При сборе анамнеза уделяли внимание социально-бытовым условиям, перенесенным детским инфекциям и соматическим заболеваниям, физическим и умственным нагрузкам, возрасту появления вторичных половых признаков и менархе.
- Состояние физического развития определяли на основании измерения роста, массы тела, окружности груди, размаха рук, размеров таза, индекса

Соловьева, расчета индекса массы тела по Броку. Рост стоя измеряли в см ростомером. Окружность грудной клетки измеряли сантиметровой лентой на уровне нижних углов лопаток и под молочными железами на уровне мечевидного отростка и также над молочными железами. Индекс Соловьева измеряли сантиметровой лентой на уровне запястья. Масса тела измерялась взвешиванием на весах. Индекс массы тела рассчитывали по формуле: $ИМТ = \frac{\text{масса тела в кг}}{\text{длина тела, м}}$. Ширина таза оценивалась по общепринятым размерам: d Spinarum, d. Cristarum, d. Trochanterika, c. Externa.

- Состояние полового развития оценивали на основании последовательности появления и выраженности вторичных половых признаков (5 степеней полового развития по Таннеру, 1969). Вторичные половые признаки: М – молочные железы, Me – возраст менархе, Р – оволосение лобка, Ах – подмышечное оволосение измерялись в баллах в зависимости от степени выраженности. «0» степень выраженности вышеперечисленных признаков характерна для девочек до 10 лет, 1 степень – для девочек к 10-12 годам, 2-я степень – к 12-13 годам, 3-я степень – к 14 годам и более. Отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет и менструаций в 15 лет рассматривалось как задержка полового развития, появление вторичных признаков до 10 лет – как преждевременное созревание.

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

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением программы статистического анализа Microsoft Excel. Определяли среднеарифметическое (M), ошибку среднего арифметического (m). Достоверность различий между группами устанавливалась по t-критерию Стьюдента, для малых и неоднородных групп – по U-критерию Манна-Уитни. Взаимосвязь признаков определяли с помощью корреляционного анализа по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r). Корреляционную связь считали достоверной при коэффициенте корреляции от 0,5 до 1. Прямая корреляционная зависимость имела место при «+» значении коэффициента корреляции, обратная корреляционная зависимость при «-» значении коэффициента.

Результаты исследований

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

Из общего числа ретроспективно обследованных девушек и девочек, 22% учились в школах, 25% - в колледжах, 18% - в высших учебных заведениях, 8% работали. Необходимо отметить, что наибольшее число респондентов не были заняты ни учебой, ни работой.

Установлено, что распространенность заболеваний составила: нервной системы – 10,2%, патологии крови и кроветворных органов – 5,5%, заболеваний костно-мышечной системы – 5,9%, патологии дыхательной системы– 8,6% и эндокринных заболеваний – 8,7%, заболеваний ЖКТ – 3,8%, урогенитальных органов – 1,2%, заболеваний уха, горла, носа – 0,18% на 100 обследованных. Наиболее частой соматической патологией определена анемия, которая диагностирована у 68,8% участниц исследования. Каждая 7-я девушка и девочка имели патологию нервной системы, каждая 10-я – заболевания органов дыхания. Диффузный эутиреоидный зоб диагностирован в 4,3%, близорукость – в 2,2% случаев.

Полученные нами данные подтверждают важность внедрения в практики качественной диспансеризации подростков, что обеспечит профилактику, диагностику и лечение соматической патологии и патологии репродуктивной системы девочек и девушек подросткового возраста.

Проспективное исследование оценки физического развития, а также репродуктивного и гинекологического статуса девочек и девушек подросткового возраста имело целью установить некоторые медико-социальные особенности подростков в современных условиях Таджикистана.

Большая часть проспективно обследованных девочек и девушек (79,2%) были в возрасте от 15 до 18 лет. По национальному составу большую часть обследованных подростков составили таджички (318 - 83,6%). Остальная часть (62 – 16,4%) представлена девушками других национальностей. Неудовлетворительные материально-бытовые условия указали 270 (71%) обследованных подростков (число проживающих более 5 человек и материально-бытовые условия не соответствуют удовлетворительным санитарным нормам). Использование раннего детского труда отмечено у каждой 2-й 60(15,8%) обследованной девочки и девушки подросткового возраста.

Частота обследованных подростков, указавших детские инфекции в анамнезе, представляло следующую картину: острые респираторные

заболевания составили 68,5% на 100 опрошенных, корь - 62,5 % , ветряная оспа – 34,1% , краснуха – 23,6%, паротит – 20,1%, гепатит «А» - 1,6% (рисунок 4). Необходимо отметить, что большая часть обследованных подростков имели грудное вскармливание. При этом распространенность детских инфекционных заболеваний была достаточно высокой. (Рисунок 1)

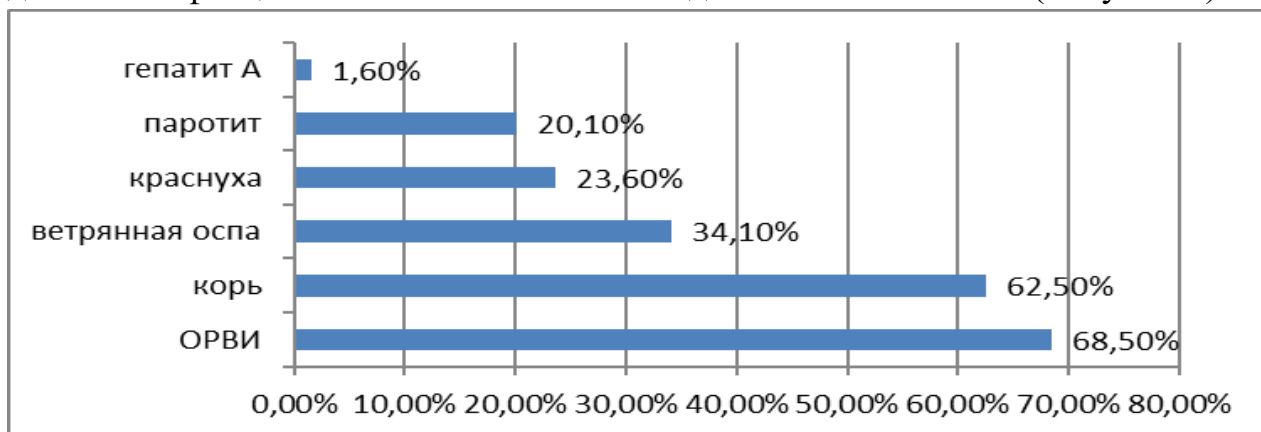


Рисунок 1 – Частота детских инфекционных заболеваний на 100 опрошенных у обследованных девочек и девушек подростков

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

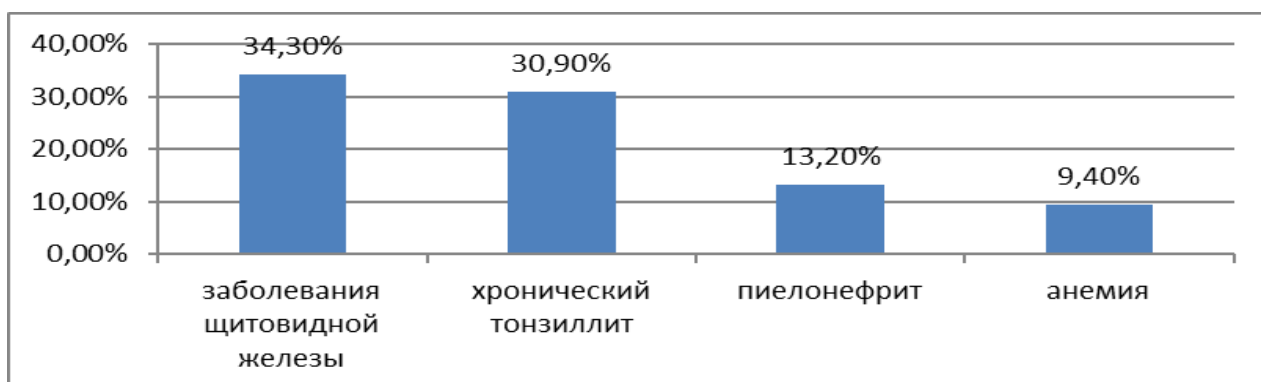


Рисунок 2 – Частота соматической патологии обследованных девушек и девочек подросткового возраста

Известно, что соматическая патология в детском и подростковом возрасте влияет на физическое развитие. Средние значения массы тела, роста и окружности грудной клетки у обследованных подростков по годам представлены в таблице 1. Как видно из приведенных данных, наибольший скачок роста отмечается в возрасте 11-13 лет. Масса тела нарастает постепенно и средние значения массы тела в 11 лет составляют 44,1 кг, в 17

лет – 53,7 кг. Резкая прибавка массы тела отмечена в возрасте 12-13 лет. Увеличение окружности грудной клетки также происходило постепенно и средние значения данного параметра с 11 до 17 лет увеличились на 15,4 см в таблице 1.

Таблица 1 – Средние значения массы тела, роста и окружности грудной клетки у обследованных подростков по годам

Возраст в годах	n=380	Рост (см)	Масса тела (кг)	ОГК (см)
11	14	156,5±0,2	44,1±0,8	76,0±0,8
12	16	155,5±0,3	44,1±0,6	84,1±0,5
13	28	160,0±0,3	58,1±0,5	87,1±0,5
14	21	158,9±0,5	53,6±0,7	80,9±0,8
15	102	146,5±0,8	51,2±0,8	93,2±0,7
16	93	159,7±0,5	52,5±0,6	89,4±0,3
17	106	161,2±0,5	53,7±0,7	91,4±0,9

Данные индекса массы тела и отношения массы к длине тела обследованных подростков представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Средние значения индекса массы тела у девочек и девушек подросткового возраста

Возраст в годах	n=380	Масса/длина тела	ИМТ
11	14	0,29±0,9	19,2±0,27
12	16	0,29±0,9	19,2±0,27
13	28	0,43±1,4	21,2±2,8
14	21	0,31±0,9	20,7±1,1
15	102	0,32±0,3	20,5±0,2
16	93	0,33±1,8	20,7±2,3
17	106	0,34±1,2	20,7±1,8

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

нормостеническое телосложение. Изученные параметры ширины плеч и длины рук не имели значительных отклонений при сравнении данных показателей во всех возрастных группах. При этом размах рук, увеличивался постепенно от 147 см до 165 см за счет постепенного увеличения ширины плеч, окружности грудной клетки и длины рук. Длина ног в возрастной промежуток от 11 до 18 лет увеличивалась на 11,7 см. представлены в таблице 3.

Таблица 3. - Средние параметры физического развития девочек и девушек подросткового возраста

Возраст в годах	n=380	Ширина плеч (см)	Длина руки (см)	Длина ноги (см)	Размах руки (см)
11	14	36,0±0,6	69,1±0,5	71,0±0,8	147,0±4,1
12	16	34,5±0,6	65,0±1,0	74,3±0,3	149,5±3,4
13	28	34,0±0,5	70,0±0,3	78,5±0,9	153,5±3,4
14	21	39,3±0,1	69,5±0,3	83,8±0,6	159,6±1,1
15	102	37,8±0,2	64,7±0,3	82,9±0,7	159,6±0,7
16	93	37,4±0,4	70,4±0,5	81,7±0,5	161,4±0,9
17	106	37,9±0,2	71,9±0,2	82,7±0,2	165,4±0,3

Размеры таза также являются показателем физического развития подростков. Динамика увеличения размеров таза обследованных девочек и девушек представлены в таблице 4.

Таблица 4. – Средние размеры таза у девочек и девушек подросткового возраста

Возраст в годах	n=380	d Spinarum (см)	d. Cristarum (см)	d. Trochant. (см)	c. Externa (см)	Индекс Соловьева (см)
11	14	22,0±0,6	25,0±0,6	27,0±0,6	18,2±0,3	12,0±0,1
12	16	23,5±0,6	25,4±0,6	26,5±0,5	17,5±0,6	14,1±0,3
13	28	25,1±0,7	27,2±0,3	30,7±0,3	18,5±0,3	14,5±0,6
14	21	25,9±0,1	28,4±0,1	32,5±0,1	20,0±0,1	14,8±0,8
15	102	24,2±0,2	26,9±0,2	31,1±0,4	19,4±0,3	15,1±0,3
16	93	25,3±0,2	28,1±0,3	30,9±0,7	20,1±0,6	15,4±0,1
17	106	25,4±0,1	27,8±0,1	30,0±0,2	19,7±0,2	15,7±0,7

Как видно из полученных нами данных, размеры таза у девочек и девушек увеличиваются постепенно. Максимальная интенсивность увеличения размеров таза отмечено от 12 до 14 лет, индекса Соловьева от 11 до 12 лет.

Анализ появления вторичных половых признаков показал, что пубертатное развитие начинается с развития молочных желез. Максимальный возраст при котором молочные железы остаются на стадии Ma0 соответствует 15 годам и отмечен у 9 (2,4%) подростков. Максимальный возраст появления лобкового оволосения соответствует 15 годам и отмечен у 5 (1,3%) подростков. Оценка аксилярного оволосения показала, что максимальный возраст для стадия Ax₀ 15 лет отмечен у 19(5%) девушек (рисунок). Средний возраст менархе составил 12,8 года, средняя продолжительность менструации $4,5 \pm 0,05$ дней, средняя продолжительность цикла – $29,5 \pm 0,34$ дня (Рисунок 3)

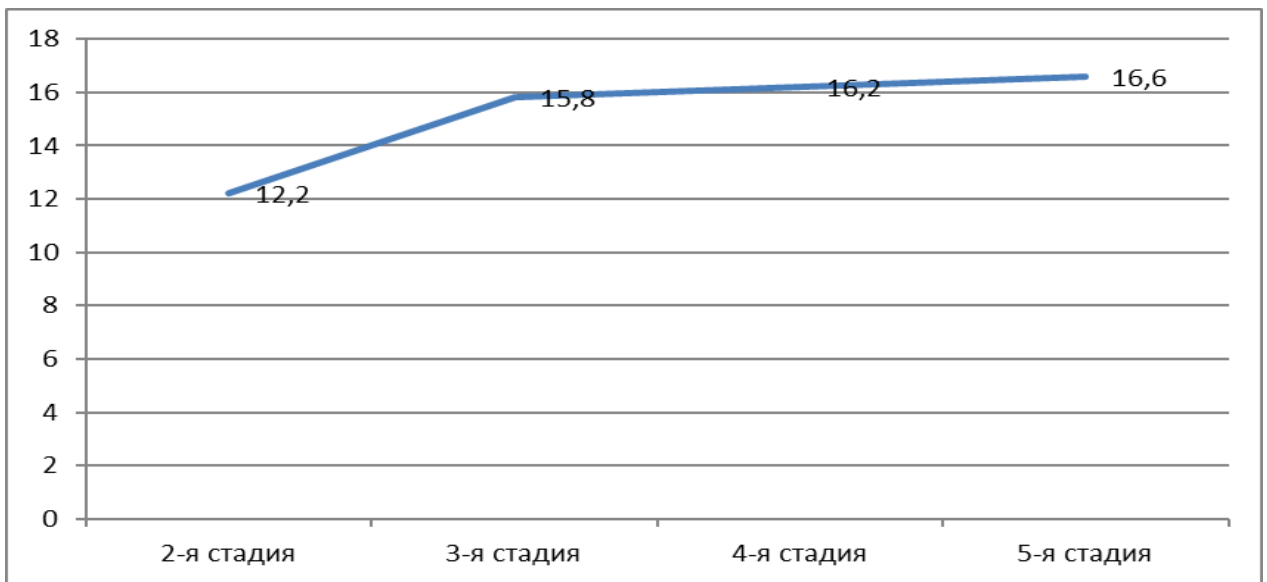


Рисунок 3. - Возрастная динамика достижения стадии пубертата у обследованных девушек и девочек подростков

Задержка полового развития (отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет и менструаций в 15 лет) отмечена у 36 (9,5%) девушек. Всем этим девочкам и девушкам диагностированы соматическая патология, что свидетельствует о влиянии соматической патологии на половое развитие подростков. Результаты обследования показали, что средний возраст достижения 1-й стадии пубертата составил 11,8 лет, 2-й стадии – 12,2 лет, 3-й стадии – 15,8 лет, 4-й стадии – 16,2 лет, 5-й стадии – 16,6 лет.

Структура генитальной патологии представлена на рисунке 3. Ведущее места в структуре генитальной патологии занимали кистозные изменения яичников (86 чел. - 22,5%), нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции (47 чел.- 12,4%), затем гипоплазия матки (53 чел. - 13,9%). Оценка состояния молочных желез выявила, что 26 (6,8%) подросткам диагностирована железисто-кистозная мастопатия, 7(1,8%) – кистозно-фиброзная мастопатия, 4 (1,1%) - железисто-фиброзная мастопатия. Нарушения менструального цикла выявлены у 36,8% обследованных девушек, среди которых наиболее частыми явились альгоменорея и гиперменорея. (Рисунок 4)

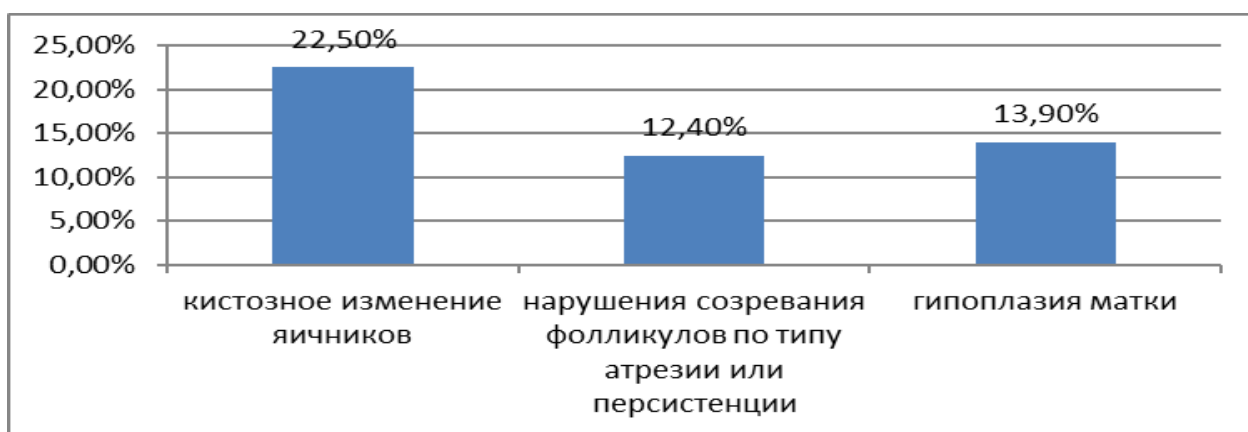


Рисунок 4 – Структура генитальной патологии обследованных девушек и девочек подростков

Уровень оценки своего здоровья как «хорошее» отметили 296 (78,2%) подростков. Информированность обследованных девочек и девушек о репродуктивной функции в подростковом периоде жизни была низкой у 267(70,3%) подростков. Источником получения информации о состоянии репродуктивной системы являлись члены семьи в 78%, образовательные программы в школе – 12,6%, подруги – в 9,4% (рисунок 5).

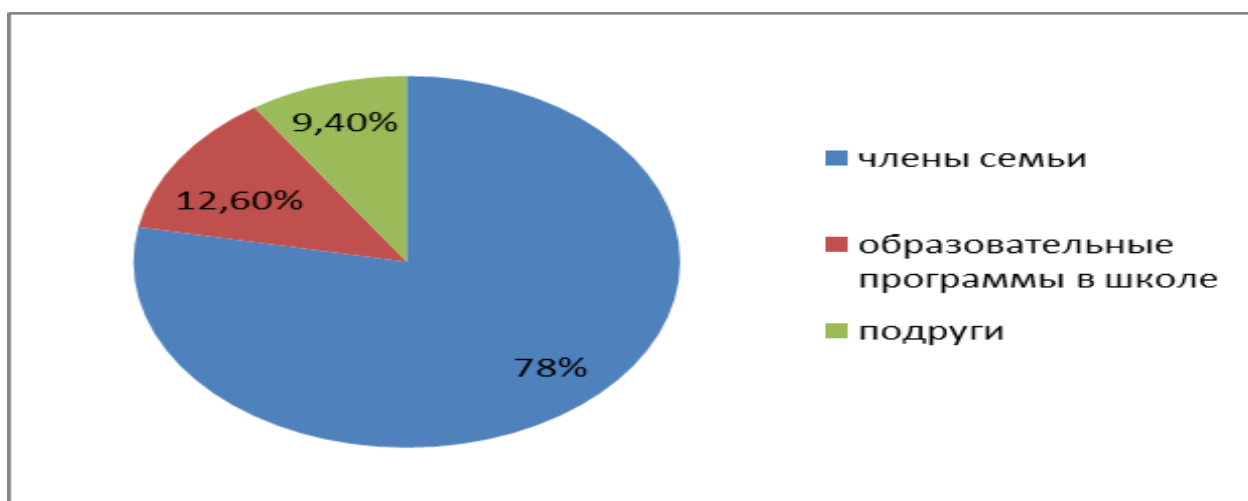


Рисунок 5. – Источники получения информации о состоянии репродуктивной системы у девочек и девушек подростков.

Проведенные исследования установили достаточно высокую частоту перенесенных инфекционных заболеваний в детстве и также соматической патологии, что влияет на становление репродуктивной функции (задержка полового развития в 9,5% случаев) и частоту генитальной патологии подростков. Все подростки, имевшие нарушения менструального цикла, имели какую-либо соматическую патологию. 2/3 обследованных подростков отметили неудовлетворительные социально-бытовые условия, что подтверждает немаловажное значение в становлении репродуктивной функции социально-бытовых и экономических условий жизни подростков. Таким образом, проведенное исследование указывает на необходимость разработки алгоритмов комплексной оценки репродуктивного здоровья подростков, что будет способствовать оздоровлению их и подготовке к предстоящему материнству. Полученные нами результаты физического развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана характеризуются определенными особенностями, которые необходимо учитывать при диспансеризации девочек и девушек подросткового возраста.

В настоящее время в стране создана нормативно - правовая база, включающая 9 законов, 18 правительственных постановлений и 40 приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Оценка действующих нормативных документов по репродуктивному здоровью подростков в Таджикистане показала, что основными принципами в нормативно - правовых документах являются соблюдение прав человека, обеспечение их государственными гарантиями, приоритет профилактических мер, доступность медико-социальной помощи, социальная защищенность, ответственность должностных лиц учреждений, оказывающих медицинскую помощь. В целом за последние 20 лет произошли серьезные изменения в системе охраны и оказания медицинской помощи матерям и детям. Разработаны и реализованы важные документы и рекомендации, которые радикально изменили подходы к оценке качества медицинской и санитарной помощи. показала, что в государственной политике страны забота о материнстве и детстве стала занимать особое место. Однако проведенный нами анализ подтверждает, что существуют проблемы в обеспечении качественной помощи подросткам. Повышение качества и доступности медико-санитарной помощи женщинам и детям, сохранение здоровья девочек – подростков остается одной из важнейших целей «Национальной стратегии здоровья населения Республики

Таджикистан на период 2010-2020 годы», принятой соответствующим постановлением правительства, № 368 от 2 августа 2010 г.

В целях совершенствования ранней диагностики и своевременного оказания лечебно-профилактической помощи дети и подростки проходят диспансеризацию (приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 05 июня 2017 г. № 426), на основании которой разработаны и проводятся конкретные мероприятия по улучшению охраны здоровья детей и подростков. Согласно нашим исследованиям, одной из слабых сторон остается недостаточные знания персонала, касающиеся порядка оказания медицинской помощи девочкам и девушкам подросткового возраста и конвенции прав детей. Выявлены серьезные проблемы, связанные с низким качеством оказываемых медицинских услуг из-за недостатка соответствующих навыков медицинских работников, основанных на доказательной медицине и стандартов оказания медицинской помощи. Соответственно практическим выходом нашего исследования является подготовленное учебно-методическое пособие по порядку оказания помощи девочкам и девушкам подросткового возраста. Кроме того, нами подготовлен материал для проведения семинаров среди специалистов по правам получения помощи для улучшения репродуктивного здоровья. Также нами выявлена одна из причин несвоевременного оказания помощи со стороны акушеров-гинекологов девочкам и девушкам подросткового возраста. Многими респондентами при анкетировании указано, что позднее обращение к врачам было связано со стеснением, страхами о возможности распространения информации о посещении гинеколога. Мы считаем, что данная слабая сторона может быть устранена в случаях налаживания информационной базы в учебных заведениях. Практическим выходом нашей работы является предложение о проведении совещания с Комитетом по делам молодежи и спорта при Правительстве Республики Таджикистан, на котором предполагается обсудить шаги по улучшению информационной базы о репродуктивных правах молодежи.

В целях совершенствования ранней диагностики и своевременного оказания лечебно-профилактической помощи дети и подростки проходят диспансеризацию (приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 05 июня 2017 г. № 426), на основании которой разработаны и проводятся конкретные мероприятия по улучшению охраны здоровья детей и подростков. Нашими исследованиями показано, что диспансеризация девушек и девочек подросткового возраста будет эффективна в случае регулярности и использования алгоритма проведения ее, включающего тщательный сбор анамнеза, выявление

соматической патологии, оценку физического и полового развития с учетом нормативов (результаты наших исследований), ультразвуковое исследование с целью выявления гинекологической патологии. Внедрение данного предложения позволит оптимизировать существующий порядок оказания помощи девочкам и девушкам подросткового возраста. Вопрос налаживания диспансеризации в школах может быть решен на совместном совещании при участии представителей Министерства образования и науки Республики Таджикистан и Комитета по делам молодежи и спорта при Правительстве Республики Таджикистан.

Таким образом, сохранение и укрепление здоровья девочек и девушек, обеспечение качества медико-санитарных, психологических, образовательных, социальных услуг будет способствовать улучшению здоровья молодого поколения, что определяет уровень развития нашей страны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ

1. Особенности физического развития девушек и девочек подростков в современных условиях Таджикистана являются преобладание нормостенического телосложения (80%). Астеническое телосложение отмечено у каждой 5-й девочки и девушки подросткового возраста. В динамике физического развития девочек и девушек подростков максимальный скачок роста отмечается в 11-13 лет, массы тела – в 12-13 лет, увеличение размеров таза – в 12-14 лет, индекса Соловьева – в 11-12 лет. [2 – А, 3 – А, 4 – А, 7 - А].
2. Особенности полового развития девушек и девочек подростков в современных условиях Таджикистана являются: максимальный возраст, при котором молочные железы остаются на стадии Ма0, появления лобкового оволосения, достижение стадии Ах0 составляет 15 лет; средний возраст менархе -12,8 года; средний возраст достижения 5-й стадии пубертата – 16,6 лет; задержка полового развития диагностирована у 9,5% девушек. [1 –А, 2 – А, 5 – А, 6 – А,].
3. Ведущее места в структуре генитальной патологии девочек и девушек подростков занимают кистозные изменения яичников, нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции, гипоплазия матки. Наиболее частыми видами нарушений менструального цикла являются альгоменорея и гиперменорея. [1 –А, 3 – А, 6 – А, 7 - А].

4. Высокая частота соматической патологии (анемии, заболевания щитовидной железы, пиелонефриты) среди девочек и девушек подросткового возраста, которая влияет на физическое, половое развитие, становление репродуктивной функции и частоту гинекологической патологии у данного возрастного контингента диктует необходимость разработки алгоритмов качественной диспансеризации подростков с комплексной оценкой здоровья подростков. [1 –А, 2 –А, 3 – А, 6 – А, 7 - А].
5. Социальную характеристику девушек и девочек подросткового возраста Таджикистана отличают неудовлетворительные материально-бытовые условия (2/3 обследованных), низкая информированность о репродуктивном здоровье и правах подростков. Источником получения информации о состоянии репродуктивной системы лишь в 12,6% случаев являются образовательные учреждения, что подтверждает слабую базу внедрения образовательных программ по половому воспитанию молодежи. [5 –А, 4 – А, 6 – А, 7 - А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

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

СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах:

1 –А. Ганиева М.Х., Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения республики Таджикистан А.Г.Гаибов, М.Х. Ганиева, А.В.Вохидов //Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2016. - №4. – С. 52-54.

2 – А. Ганиева М.Х., Основные факторы риска и вопросы профилактики заболеваемости женщин раннего репродуктивного возраста в Таджикистане Ганиева М.Х. //Ж. «Вестник академии медицинских наук Таджикистана». – Душанбе. – 2017 - №3(33). – С. 38-43

3 – А. Ганиева М.Х., Некоторые аспекты репродуктивного здоровья девушек подросткового возраста в современных условиях Таджикистана М.Я. Камилова, А.Г.Гоибов, М.Х. Ганиева, З.Р Нарзуллаева, Ф.Р. Ишан-Ходжаева //Ж.«Znanstvena misel» – 2017 - № 46-51. – С. 38-43

4– А. Ганиева М.Х., Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек - подростков в Республике Таджикистан А.Г.Гаибов, К.Д. Пулотов, М.Х. Ганиева, Р.Т.Кулобиева//Ж.«Здравоохранение Таджикистана». Душанбе. – 2017 - №– С. 38-43

5 – А. Ганиева М.Х., Некоторые причины ранних браков и их социальные последствия в Таджикистане Гоибзода М.А., А.Г.Гоибов, М.Х. Ганиева, Н.Б. Лукьянов //Ж.«Вестник Таджикского национального университета: серия социально-экономических и общественных наук». Душанбе. – 2018 - № - 1.- С. 199-203

6 – А. Ганизода М.Х., Стратегия улучшения репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистана Ганизода М.Х., Ашурова Н.С.. Гоибов Х.М. //Ж.« Здравоохранение Таджикистана». Душанбе. – 2019. - № - 1 -С. 151-153

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

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

8 – А. Ганиева М.Х., Анализ информированности специалистов службы репродуктивного здравоохранения при оказании контрацептивной помощи / Ахмеджонова Г.А., Мухаммадиева С.М., Бобоходжаева М.О., Ганизода М.Х., Муродалиева Б. Ш. //Материалы ежегодной XXIV научно-практической

конференции «Юбилейные научные чтения» ТГМУ имени Абуали ибни Сино, – Душанбе.- 2018. – С.13-14.

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

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

11–А. Ганиева М.Х., Состояние репродуктивного здоровья и контрацептивной безопасности населения Республики Таджикистан/ А.Г.Гаибов, М.Х. Ганиева, //Материалы конференции «Медицинское образование и здоровье в XXI веке». – Душанбе. – 2017. - №2. – С. 19-21. 12 –

А. Ганизода М.Х.,. Нормативно– правовоеуправление стратегиями улучшения репродуктивного здоровья населения республики Таджикистан А.Г.Гаибов, А.К. Алиева, А.В.Вохидов матреалы научно-практической конференции «Противодействие и снижение угроз распространения устойчивости микроорганизмов к противомикробным препаратам в пищевых продуктах» Душанбе –2019 Приложение: 1 С.107-110

13 – А. Вопросы реализации научно-обоснованных приоритетов развития медико-санитарной помощи подросткам в сельских регионах Республики Таджикистан. Кофренсияи чумхуриявии илмию амалии «Вазъият ва дурнамои рушди тибби оилавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» Душанбе – 2019. С. 36-43

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВМС – внутриматочные спирали

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ИМТ - индекс массы тела

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

КОК – комбинированные оральные контрацептивы

ЛПУ-лечебно-профилактические учреждения

МД-медицинский дом

МКБ – международная классификация болезней

ООН - Организация Объединённых Наций

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РЗ - репродуктивное здоровье

СВА - сельская врачебная амбулатория

ФА - физическая активность

ФР - факторы риска

ЮНИСЕФ - детский фонд ООН

ЮНИФЕМ - женский фонд развития ООН

ЮНФПА - фонд народонаселения ООН

**МД «ПАЖҶҶИШГОҶИ ИЛМӢ-ТАҚИҚОТИ ТИББӢ
ПРОФИЛАКТИКИИ ТОҶИКИСТОН»**

УДК:618.177-07

Бо ҳуқуқи дастнавис

ҒАНИЗОДА МУНИРА ХУДОЙДОД

**МУНОСИБГАРДОНӢИ ХИЗМАТРАСОНИИ СОЛИМИИ
РЕПРОДУКТИВИИ НАВРАСОН ДАР ТОҶИКИСТОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ
НОМЗАДИ ИЛМҶОИ ТИБ**

аз рӯи ихтисосҳои 14.02.03 – сихатии ҷомеа ва тандурустӣ, 14.01.01-
момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Душанбе-2020

Таҳқиқот дар базаи МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии профилактикии Тоҷикистон» ва МД “Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Ғоибов Амонулло Ғоибович**
доктори илмҳои тиб

Мушовири илмӣ: **Камилова Марҳабо Ёдгоровна**
доктори илмҳои тиб, дотсент

Муқарризони расмӣ : **Назаров Файзали Насруллоевич**
доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи
ҷарроҳӣ бо курси эндовидеочарроҳии
шӯъбаи ДОБД ВТ ҲИА ҚТ дар шаҳри
Бохтари вилояти Хатлон
Алиева Раъно Яқубҷоновна
номзади илмҳои тиб, дотсент, корманди
пешбари илмӣ бахши акушерии МД
«Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва
перинатологии Тоҷикистон»

Муассисаи муқарриз: Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Ҳимояи диссертатсия рӯзи “ ” _____ соли 2020 соати ___ дар
ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-010 дар назди МТД
“Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”
(734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139)
баргузор мегардад. dis@tajmedun.tj +992907706744

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмӣ МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат « _____ » _____ с.2020 ирсол шудааст.

**Котиби илмӣ шӯрои
диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент**

Саидмуродова Г.М.

МУҚАДДИМА

Солимии инсон аз ибтидои биологӣ он вобаста аст, ки дар раванди тӯлонии инкишоф таҳти таъсири муҳити атроф ва зухуроти сершумори иҷтимоӣташаққул ёфтааст [Тарент И.Г. ва ҳаммуаллифон, 2015]. Дар қиёс бо кишварҳои пешрафта дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тавлиди баланди табиӣ аҳоли ба назар мерасад. Аз ин рӯз, Тоҷикистон аз ҳама бештар дар байни давлатҳои дигари Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил (ИДМ) ба тақмили минбаъдаи системаи нигоҳдори тандурустии ҷамъиятӣ ниёз дорад. Хусусиятҳои тиббӣву иҷтимоӣ, иқтисодӣ, фарҳангӣ, таърихӣ, экологӣ ва минтақавӣ дар маҷмӯъ мувофиқи Ҳадафҳои рушди ҳазорсола садди роҳи ҳаллу фасли вазифаҳои соҳаи солимии репродуктивӣ мегарданд, ки дар онҳо беҳтарсозии вазъи солимии модару кӯдак таъкид шудааст. То ҳанӯз мушкилоти бо сабабҳои асосии фавти модар (28,8 ба 100 ҳазор зинда таваллудшудагон) ва ширхорон (20,1 ба 1000 зинда таваллудшудагон) проблемаи рузмарра боқӣ мемонад. Ин нишондиҳандаҳо бо солимии соматикӣ ва репродуктивии наврасон саҳт вобастагӣ доранд.

Дар ин давраи махсус, ки мувофиқи истилоҳоти ХНАСММ давомнокии он 10-19 сол аст, барқароршавии системаи репродуктивии онҳо, ташаққулёбии шахсият ва муносибатҳо ба тарзи ҳаёт ташаққул меёбанд.[Красникова М.Б., 2010]. Ғайр аз ин, на танҳо ҳислат ташаққул меёбад ва зохир мегардад, балки ҳангоми вучуд надоштани дастгоҳҳои психологӣ барои баҳодиҳии мулоҳизакорона ва зарурати зохир намудани ғайриҷамъиятӣ тиббӣву санитарӣ ҳолатҳои зуд-зуд ба мушоҳида расидани психопатия низ ба амал меоянд. патологӣ низ. Ин, дар навбати худ, ба дур шудан аз рафтори муътадил оварда мерасонад, ки он фиксатсияи безоркунандаи шуур дар соҳаи гениталӣ мегардад.

Дар давраи зухуроти бӯҳрони иқтисодии кишвар ва гузариш ба муносибатҳои бозорӣ бад шудани ҳолати тиббӣ-бозоргонӣ пешравии тамоюли манфии ҳолати солимии занон ва кӯдакон ба назар мерасад [Касимова Г.П. ва ҳаммуалиф. 2013].

Дар шароити инкишофи технологияи иттилоотӣ наврасон, махсусан духтарҳо, ба масоили шахсонӣ сатҳӣ назар мекунанд. Дар ин маврид, барояшон алоқаи ҷинсии то никоҳ«модарӣ дар наврасӣ», бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда ва патологияҳои экстрагениталӣ кори маъмулӣ шудаанд.[Кулаков В.И., 1997; Қурбанов Ш. М. ва ҳаммуаллифон, 2004].

Таъкид кардан лозим аст, ки ҳомиладорӣ ва валодат дар наврасон дар шароити ноболиғии функционалии чим, механизмҳои номаъқбули мутобиқшавӣ сурат мегиранд ва ҳам барои модар ва ҳам барои чанин хатари олии пайдо шудани оризаҳоро ба бор меоваранд. Дар чунин ҳолат ҳомиладорӣ дар 85%-и ҳолатҳо, маъмулан ҳодисаи ногаҳонӣ аст, ки бо исқоти ҳамл ва бо оқибатҳои нохуби тиббӣ, иҷтимоӣ, психологӣ ва иқтисодӣ анҷом меёбад. [Муҳаммадиева С.М., 2002; Бобоҳочаева М.А., 2011; Ҳомидова А.Х., 2012].

Мувофиқи маълумоти ЮНЕСКО [2011], наврасон дар 13,0 фоизи ҳолатҳо, ҳамҳоба доранд ё никоҳ кардаанд, танҳо 0,7% усулҳои пешгирии ҳомилашавиро (контрасепсия)-ро истифода меkunанд, ки аз ин таваллудкунии зиёдтарин дар кишварҳои ИДМ гувоҳӣ медиҳад, ки соли 2016 то сатҳи нишондиҳандаи 29,6 ба 1000 нафар аҳоли расидааст.

Махсусияти солимии наврасон рушди босуръати миқдори ихтилолҳои функционалӣ ва полисистемавӣ ба ҳисоб меравад. Дар робита ба ин, ТУТ таъкид мекунад, ки таъмин кардани саломатии онҳо инвеститсияи муҳимтарин ва ояндадори ҷамъият дар потенциали инкишоф ба ҳисоб меравад. Беҳбудии иқтисодии ҷамъиятро нишондиҳандаҳои муҳимтарин, мисли таваллудкунӣ, ғавт, сохтори бемориҳои аҳоли муайян меkunанд, ки мавзӯи таҳқиқоти махсус буда, ба таҳия ва амалисозии барномаи солимгардонии ҷомеа мусоидат меkunанд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Асосноккунии илмии коркарди комплекси муносибгардонии чорабиниҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ-ҷиҳати беҳтарсозии солимии репродуктивии духтарони наврас дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Пешниҳод намудани тавсифномаи тиббӣ – иҷтимоии ҳолати солимии духтарон ва духтаракони синну соли наврасӣ, сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон.
2. Арзёбӣ кардани инкишофи ҷисмонии духтарон ва духтаракони синну соли наврасӣ, сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон.
3. Омӯзиши мақоми (статуси) репродуктивӣ ва гинекологии духтарон ва духтаракони синну соли наврасӣ, сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон.

4. Арзёбӣ кардани иттилоотнокии духтарон ва духтаракони синну соли наврасӣ дар бораи ҳуқуқҳои репродуктивӣ ва солимии репродуктивӣ.
5. Омӯзиши дастрасӣ ва сифати хизматрасонии тиббӣ, татбиқи ҳуқуқҳои репродуктивии духтарон ва духтаракони синну соли наврасӣ.
6. Коркарди маҷмӯи муносиби чорабиниҳо оид ба беҳтарсозии хизматрасонии солимии репродуктивии духтарон ва духтаракони синну соли наврасӣ.

Навгонии илмӣ.

Маълумотҳо дар бораи хусусиятҳои инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсии духтарон ва духтарони наврас дар шароити имрӯзаи Тоҷикистон оварда шудаанд, ки бояд ҳангоми диспансеризатсияи наврасон ба эътибор гирифта шаванд. Муқаррар карда шудааст, ки дар сохтори патологияҳои гениталии духтарон ва духтарони наврас ҷойи асосиро тағйироти кистозии тухмдонҳо, ихтилоли раванди пухта расидани фолликулҳо дар намуди атрезия (инсидоди мақъад) ё персистенсия, гипоплазияи бачадон, вайроншавии сикли ҳайзбинӣ (алгоменорея ва гиперменорея) ишғол мекунанд. Муайян карда шудааст, ки басомади патологияҳои соматикӣ (камхунӣ, бемориҳои ғадуди сипаршакл, пиелонефрит) дар байни духтарон ва духтарони наврас афзуда истодааст. Нишон дода шудааст, ки ҳислатҳои иҷтимоии духтарон ва духтарони наврас дар Тоҷикистон аз ҷиҳати ғайриқаноатбахш будани шароити моддиву маишӣ (2/3 таҳқиқшудагон), иттилоотнокии кам дар бораи солимии репродуктивӣ ва ҳуқуқҳои наврасон дар бораи ҳолати низоми репродуктивӣ фарқ мекунанд.

Тарафҳои сусти сифати ёрии репродуктивӣ муайян карда шуданд: сатҳи пасти татбиқи барномаҳои маърифатӣ оид ба тарбияи ҷинсии ҷавонон, дониши ноқофӣ тартиби расонидани ёрии тиббӣ ва камбудии малакаҳои дахлдори кормандони муассисаҳои тиббӣ, ки ба наврасон хизмат мерасонанд, ҳамчунин сифати пасти низоми диспансеризатсияи наврасон.

Нуктаҳои асосии рисола, ки барои ҷимоя пешниҳод карда мешаванд:

4. Хусусиятҳои иҷтимоии наврасон дар шароити имрӯзаи Тоҷикистон ин ғоизи баланди духтарон ва духтарони навраси дар шароити ғайриқаноатбахши моддӣ ва маишӣ зиндагикунанда, иттилоотнокии паст дар хусуси солимии репродуктивӣ ва ҳуқуқҳо ба ҳисоб мераванд, ки сабабашон заиф будани барномаҳои маърифатии солимии репродуктивӣ мебошанд. Хусусиятҳои тиббии наврасон ин зиёд будани басомади бемориҳои соматикӣ мебошанд, ки ба инкишофи ҷисмонӣ, ҷинсӣ ва патологияҳои гинекологии духтарон ва духтарони наврас таъсир мерасонанд.
5. Дар сохтори патологияҳои гениталии духтарон ва духтарони наврас ҷойи асосиро тағйироти кистозии тухмдонҳо, ихтилоли раванди пухта расидани фолликулҳо дар намуди атрезия (инсидоди мақъад) ё персистенсия, гипоплазияи бачадон ишғол мекунанд.
6. Пурқувват кардани системаи барномаҳои маърифатӣ оид ба тарбияи ҷинсӣ дар мактабҳо, татбиқи алгоритми диспансеризатсияи босифати наврасон бо арзёбии комплекси солимии онҳо, омӯзонидани мутахассисоне, ки ёри тиббиву санитарӣ мерасонанд, барои баланд бардоштани сатҳи сифати расонидани ёрӣ ба духтарон ва духтарони наврас мусоидат хоҳанд кард.

Апробатсияи рисола. Диссертатсия дар заминаи МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ- таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатология» ва МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ- таҳқиқотии профилактикии Тоҷикистон» иҷро карда шуда, аз таҳхис гузашта, барои ҷимоя тавсия карда шудааст.

Нуктаҳо ва хулосаҳои асосии диссертатсия дар ҷаласаҳо баррасӣ ва маъқул доништа шудаанд: Конференсияи илмӣ – амалии «Проблемаҳои актуалии нигоҳдории тандурустӣ дар марҳалаи муосир» (Алмаато, Қазоқистон, 2015); «Тиб ва саломатӣ» (Душанбе, Тоҷикистон, 2015); «Дар ҷисми солим-рӯҳи солим» (Душанбе, 2016); Съезди VI акушер ва

гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2016); «Илм ва ҷавонон» (Душанбе, Тоҷикистон, 2017); «Дастовардҳои соҳаи тандурустии Тоҷикистон дар даври Истиқлолият» (Душанбе, 2018); Дар ҷаласаи эксперти оид ба масъалаҳои таҳсилот дар соҳаи солимии репродуктивӣ ва ташаккули тарзи ҳаёти солим дар байни муассисаҳои таҳсилоти умумӣ (Гулистон, Тоҷикистон, 2019); «Рушди кори ҳамширагӣ дар Тоҷикистон ва нақши технологияи муосир дар тиб» (Душанбе, Тоҷикистон, 2019);

Натиҷаҳои нашршудаи рисола. Оид ба мавзӯи рисола 11 кори илмӣ нашр шудааст, ки аз онҳо 7 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА Федератсияи Россия ҷоп шудаанд.

Татбиқи натиҷаҳо дар амалия. Қисмҳои таҳқиқоти мазкур барои ворид кардан ба барномаҳои мақсаднок ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии шаҳри Душанбе, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил карда шудаанд.

Саҳми шахсии муаллифи рисола. Аз ҷониби муаллиф таҳлили адабиётҳои ватанӣ ва ҳориҷӣ мустақилона барасӣ шуда, нақшаи гузаронидани таҳқиқот ва барномаи он тартиб дода шудва шаклҳои омӯри таҳия карда шуд ва ҷамъоварии коркарди маълумотҳои воқеӣ гузаронида шуд. Муаллиф натиҷаи таҳқиқотро дар нашрияҳои инъикос намуд ва тухлил, тафсир, муаррифии маълумотҳои бадастомада, таҳияи хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ аз тарафи муаллиф шахсан анҷом дода шудаанд. Саҳми муаллиф дар ҷамъоварӣ ва коркарди маълумотҳо 80%, умумигардонӣ ва таҳлили маводи таҳқиқотӣ 100%-ро ташкил медиҳад.

Ҳаҷм ва сохтори рисола. Рисола аз муқаддима, шарҳи адабиёт, бобҳои мавод ва усулҳои таҳқиқот, бобҳои натиҷаҳои таҳқиқот худи муаллиф, хулоса, тавсияҳои амалӣ, феҳристи адабиёт иборат аст, ки 150 сарчашмаро дар бар гирифтааст, аз онҳо 113 адабиёт бо забони русӣ ва 37 адабиёт бо забони англисӣ мебошанд. Маводи рисола дар ҳаҷми

115саҳифаи чопи компютерӣ таълиф шуда, дар рисола 14 расм, 7 ҷадвал оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Бо мақсади омӯختани сифат, дастрасӣ ба хизматрасонии тиббиву санитарӣ ва ҳолати солимии соматикӣ духтарон ва духтарони наврас пурсиш гузаронида шуда, картаҳои амбулатории 1500 нафар таҳлил карда шуданд.

Пурсишномаҳоро ҳуди иштирокчиён (респондентҳо) пур карданд, барои ҳамаи иштирокчиён махфӣ будани раванд кафолат дода шуд. Дар саволҳои пурсишномаҳо иттилоот дар бораи духтарон ва духтарони наврас, дар бораи мақоми иҷтимоӣ, таҳсилот, сатҳи моддии оила, шароити зисту маишӣ, фаъолнокии ҷисмонӣ, ҳайати оила, одатҳои зарарнок, хусусиятҳои функсияи ҳайзбинӣ, ҳаёти ҷинсӣ, бемориҳои аз сар гузаронидашуда ҷой дода шудаанд.

Бо мақсади омӯзиши хусусиятҳои инкишофи ҷисмонӣ, ҷинсӣ, солимии соматикӣ ва патологияҳои гинекологӣ, бо усули яклухт 380 духтар ва духтарони наврас таҳқиқ карда шуданд. Барои духтарон ва духтарони навраси таҳқиқшудакартаи аввалия таҳия карда шуд, ки аз блокҳои инъикоскунандаи ҷанбаҳои тиббиву иҷтимоӣ, ҳолати системаи репродуктивӣ, мавҷудияти бемориҳои соматикӣ ва гинекологӣ, маълумотҳои муоинаи умумӣ, антропометрия, нишондиҳандаҳои таҳқиқоти лабораторӣ иборат буд. Таҳқиқоти проспективӣ аз инҳо иборат буд:

- **Омӯзиши анамнез.** Ҳангоми ҷамъоварӣ намудани анамнез ба шароити иҷтимоӣ-маишӣ, бемориҳои сироятии азсаргузаронидашуда ва бемориҳои соматикӣ, сарбории ҷисмонӣ ва ақлонӣ, синну соли пайдо шудани аломатҳои ҷинсӣ ва менархе (ҳайзбинӣ) диққати махсус дода шуд.

- Ҳолати инкишофи ҷисмонӣ дар асоси андоза кардани қад, вазни ҷисм, даври сина, дарозии дастҳо, андозаи кос, шохиси Соловев, ҳисоб кардани шохиси массаи бадан бо усули Брок иҷро карда шуд. Қадро дар ҳолати рост итодан бо қадченкунак андоза карданд. Даври қафаси сина бо навори (лентаи) сантиметрдор дар сатҳи кунҷҳои шонаҳо ва тағи ғадудҳои ширӣ дар сатҳи шоҳаи ханҷаршакл ва ҳамчунин аз болои ғадудҳои ширӣ чен карда шуд. Шохиси Соловев бо навори (лентаи) сантиметрдор дар сатҳи банди даст чен карда шуд: Шохиси массаи бадан тибқи формулаи ШМБ=массаи бадан бо кг/дарозии бадан, вазнҳои кос бо андозаҳои маъмулӣ чен карда шуданд: d Spinarum, d. Cristarum, d. Trochanterika, c. Externa.

- Ҳолати узви таносулӣ дар асоси тартиби пайдо шудан ва возеҳии аломатҳои дуҷуми ҷинсӣ (5 дараҷаи инкишофи ҷинсӣ тибқи Таннер, 1969). Аломатҳои дуҷуми ҷинсӣ Ма- ғадуди ширӣ, ИЕ- синну соли ҳайзбинӣ, Р- мӯй баровардани зихор (hубis), Ах- мӯйбарории зерӣ бағал бо балл вобаста ба дараҷаи возеҳиашон андозагирӣ карда шуданд. «О» дараҷаи возеҳии аломатҳои дар боло зикршуда барои духтарони синну соли 10-сола, дараҷаи 1- барои духтарони синну соли 10-12 – сола, дараҷаи 2- барои духтарони синну соли 12-13-сола, дараҷаи 3-барои духтарони синну соли 14-сола ва калонтар. Вучуд надоштани аломатҳои дуҷуми ҷинсӣ дар 13-солагӣ ва ҳайзбинӣ дар 15-солагӣ ҳамчун таваққуфи инкишофи ҷисмонӣ ва дар 10-солагӣ пайдо шудани аломатҳои дуҷуми ҷинсӣ-ҳамчун балоғати пеш аз муҳлат баҳогузори карда мешаванд.

-Бо мақсади ошкор намудани патологияи системаи репродуктивӣ ТУС-и узвҳои коси хурд (андозаи бачадон, андоза ва сохтори тухмдонҳо), мониторинги фолликулаҳо, ТУС-и ғадуди сипаршакл ва ғадудҳои ширӣ гузаронида шуданд. ТУС-и узвҳои коси хурд бо ёрии силсилаи бурришҳои дарозрӯя ва кундаланг бо дастгоҳи сканеркунии мураккаби «Logic 3» ширкати «Generalelectric» бо истифода аз ҳисобкунаки (датчики) барқии фаъолиятҳои олии трансабдоминалии басомадаш 5 ва 7,5 МГц. гузаронида шуд.

Коркарди омории маълумотҳои бадастовардашуда бо истифода аз барномаи таҳлили омории Microsoft Excel икарда шуд. Миёнаи арифметикӣ (M), хатоҳои миёнаи арифметикӣ (m) муайян карда шуданд. Эътимоднокии фарқияти байни гурӯҳҳо тибқи меъёри t-Студент ва гурӯҳҳои хурду омехта бо меъёри U-Манн-Уитни сурат гирифт. Иртиботи мутақобилаи аломатҳо бо ёрии таҳлили коррелятсионӣ тибқи Пирсон бо ҳисоб кардани коэффитсиенти коррелятсияи ростхата (r) муайян карда шуд. Иртиботикоррелятсионӣҳангоми аз 0,5 то 1 будани коэффитсиенти коррелятсия боэътимод ҳисоб карда шуд. Иртиботи мустақими коррелятсионӣҳангоми « + » будани ифодаи коррелятсия, вобастагии баръакси коррелятсионӣҳангоми « - » будани ифодаи коэффитсиент дида шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Гурӯҳбандӣ кардани иштирокчиёни таҳқиқот аз рӯи синну сол чунин буд: 22(5,8%) дар синну соли 14-15-сола, 88 (23,2%) – дар синну соли 16-сола, 114(30%)– дар синну соли 17-сола, 156(41%) – дар синну соли 18-сола.

Аз миқдори умумии иштирокчиёни таҳқиқот духтарон ва духтарони наврас 22% мактабхон, 25% - дар коллеҷ таҳсилкунанда, 18% - дар макотиби олий таҳсилкунанда, 8% кор мекарданд. Бояд зикр кард, ки миқдори зиёди иштирокчиёни таҳқиқоттаҳсил ва ё кор намекарданд.

Муқаррар карда шуд, ки паҳншавии беморӣ чунин буд: системаи асаб – 10,2%, патологияи хун ва узвҳои хунофар – 5,5%, бемориҳои системаи устухону мушакҳо– 5,9%, патологияҳои системаи нафаскашӣ– 8,6% ва бемориҳои эндокринӣ – 8,7%, бемориҳои роҳиҳозима– 3,8%, узвҳои урогениталӣ – 1,2%, бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ – 0,18%дар 100 таҳқиқшаванда. Бемории нисбатан бештар дучоршавандаи соматикӣ камхунӣ буд, ки дар 68,85-и иштирокчиёни таҳқиқот ба назар расид. Ҳар як духтарва духтари навраси 7-ум дорои патологияи системаи асаб, ҳар

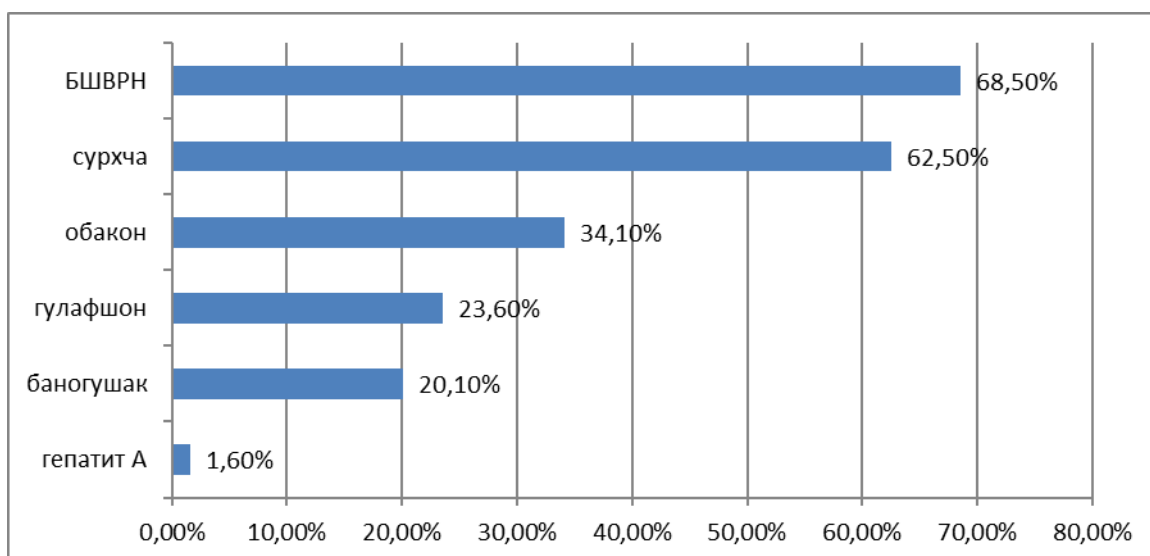
як нафари 10-ум дорои патологияҳои системаи нафаскашӣбуданд. Ҷоғари паҳнёфтаи эутиреоидӣ дар 4,3%, наздикбинӣ дар 2,2% ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Маълумотҳои бадастovarдашудаи мо муҳимияти дар амалия татбиқ намудани диспансеризатсияи босифати наврасонро тасдиқ мекунанд, ки вайпешгирӣ ва таъхису табобати патологияҳои соматикӣ ва патологияҳои системаи репродуктивии духтарон ва духтарони наврасро таъмин мекунад.

Таҳқиқотҳои ояндадори баҳодиҳии инкишофи ҷисмонӣ ва мақоми репродуктивӣ ва гинекологии духтарон ва духтарони наврас мақсади муқаррар намудани баъзе хусусиятҳои тиббӣ-иҷтимоӣ дар шароити муосири Тоҷикистонро дар бар мегирад.

Қисми бештари таҳқиқотҳои проспективии духтарон ва духтарони навраси таҳқиқшуда (79,2%) аз 15 то 18-сола буданд. Аз ҷиҳати таркиби миллиқисми бештари наврасони таҳқиқшударо тоҷикон (318 - 83,6%) ташкил карданд. Қисми боқимондари (62 – 16,4%) духтарони миллатҳои дигар ташкил карданд. Шароити ғайриқаноатбахши моддӣ-маишӣ дар 270(71%) ҳолат ба қайд гирифта шуд (миқдори зиндагикунандагон на камтар аз 5 нафар ва моддӣ-маишӣ ба меъёрҳои муътадили санитарӣ мувофиқат намекунанд). Истифодаи меҳнати барвақти кӯдакон дар ҳар як духтар ва духтари навраси таҳқиқшудаи 2-юм 60(15,8%) ба мушоҳида расид.

Басомади наврасони таҳқиқшуда, ки дар анамнезашон сироятҳои кӯдакон доштанд, чунин буд: бемориҳои шадиди респираторӣ дар 68,5% аз 100 нафари пурсидашуда, сурхча- 62,5 %, гулафшон– 34,1% , сурхакон – 23,6%, паротит – 20,1%, гепатити «А» - 1,6% (расми.1).



Расми 1 – Басомади бемориҳои сироятии кӯдакон дар 100 нафари пурсидашуда дар духтарон ва духтарони навраси таҳқиқшуда.

Дар байни духтарон ва духтарони навраси таҳқиқшудаи проспективӣ аз ҷумлаи патологияҳои соматикӣҷойи муҳимро бемориҳои гадуи сипаршакл (34,3%), тонзиллити музмин (30,9%), анемия (9,4%), пиелонефрит (13,2%) буданд.(расми.2).



Расми 2 –Басомади бемориҳои соматикӣидухтарон ва духтарони навраси таҳқиқшуда.

Маълум аст, ки бемориҳои соматикӣ дар синну соли кӯдакӣ ва наврасӣба инкишофи ҷисмонӣ таъсир мерасонанд. Ифодаи миёнаи вазни ҷисм, қад ва даври қафаси сина дар наврасони таҳқиқшуда аз рӯйи синну сол дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Чадвали 1 –Ифодаи миёнаи вазни қисм, қад ва даври қафаси сина дар наврасони таҳқиқшуда аз рӯи синну сол.

Синну сол	n	Қад (см)	Вазни қисм(кг)	Даври қафаси сина (см)
11-сола	14	156,5±0,2	44,1±0,8	76,0±0,8
12 -сола	16	155,5±0,3	44,1±0,6	84,1±0,5
13-сола	28	160,0±0,3	58,1±0,5	87,1±0,5
14 -сола	21	158,9±0,5	53,6±0,7	80,9±0,8
15 -сола	102	146,5±0,8	51,2±0,8	93,2±0,7
16 -сола	93	159,7±0,5	52,5±0,6	89,4±0,3
17 -сола	106	161,2±0,5	53,7±0,7	91,4±0,9

Тавреаз маълумотҳои овардашуда маълум мешавад, ҳақиқи бузургтарини инкишоф дар синну соли 11-13-солагӣ ба амал меояд. Вазни қисм тадричан афзоиш ёфта, ифодаи миёнаи вазни қисм дар 11-солагӣ 44,1 кг, дар 17-солагӣ – 53,7 кг аст. Яқбора зиёд шудани массаи бадан дар 12-13-солагӣ ба назар мерасад. Зиёд шудани давраи қафаси сина низ тадричан ба амал меояд ва ифодаи миёнаи ин андоза дар синни 11 то 17-солагӣ то 15,4 см буд. Маълумотҳои шохиси вазни қисм ва таносуби вазни нисбат ба дарозии бадани наврасони таҳқиқшуда дар чадвали 2 оварда шудааст.

Чадвали 2 - Ифодаи миёнаи шохиси массаи бадан духтарон ва духтарони наврас.

Синну сол	n	Вазн/дарозии қисм	ШМБ
11-сола	14	0,29±0,9	19,2±0,27

12 -сола	16	0,29±0,9	19,2±0,27
13-сола	28	0,43±1,4	21,2±2,8
14 -сола	21	0,31±0,9	20,7±1,1
15 -сола	102	0,32±0,3	20,5±0,2
16 -сола	93	0,33±1,8	20,7±2,3
17 -сола	106	0,34±1,2	20,7±1,8

Шохиси вазни ҷисм дар ҳолати муътадил пас аз анҷом ёфтани балоғати ҷинсӣ ба 20-26 баробар аст. Хеле паст ё баланд шудани шохиси вазни ҷисмро маъмуланихтилолҳои эндокринӣ ҳамроҳӣ мекунанд. Маълумотҳои бадастовардашудаи мо нишон медиҳанд, ки тағйиротҳои муҳим дар нишондиҳандаҳои шохиси вазни ҷисм дар ҳамаи гурӯҳҳои синнусолӣ ошкор карда нашуд, дар 80%-и наврасон қаду басти нормостеникӣ дида шуд.

Ҷадвали 3. – Андозаҳои миёнаи инкишофи ҷисмонии духтарон ва духтарони наврас.

Синну сол	n	Паҳнии китф (см)	Дарозии дастҳо (см)	Дарозии пойҳо (см)	Дарозии қулочҳо (см)
11-сола	14	36,0±0,6	69,1±0,5	71,0±0,8	147,0±4,1
12 -сола	16	34,5±0,6	65,0±1,0	74,3±0,3	149,5±3,4
13-сола	28	34,0±0,5	70,0±0,3	78,5±0,9	153,5±3,4
14 -сола	21	39,3±0,1	69,5±0,3	83,8±0,6	159,6±1,1
15 -сола	102	37,8±0,2	64,7±0,3	82,9±0,7	159,6±0,7
16 -сола	93	37,4±0,4	70,4±0,5	81,7±0,5	161,4±0,9

17 -сола	106	37,9±0,2	71,9±0,2	82,7±0,2	165,4±0,3
----------	-----	----------	----------	----------	-----------

Андозаҳои омӯхташудаи паҳнии китфҳо ва дарозии дастҳо ҳангоми муқоиса кардани ин нишондиҳандаҳо дар ҳама гурӯҳҳои синнусолӣ тағйироти назаррасро муайян накард. Андозаи дастҳо тадричан зиёд шуда аз ҳисоби паҳншавии китфҳо, даври қафаси сина вадарозии дастҳо аз 147 то 165 см мерасад. Дарозии пойҳо дар фосилаҳои синнусолӣ аз 11 то 18-солагӣ то 11, 7см меафзояд.

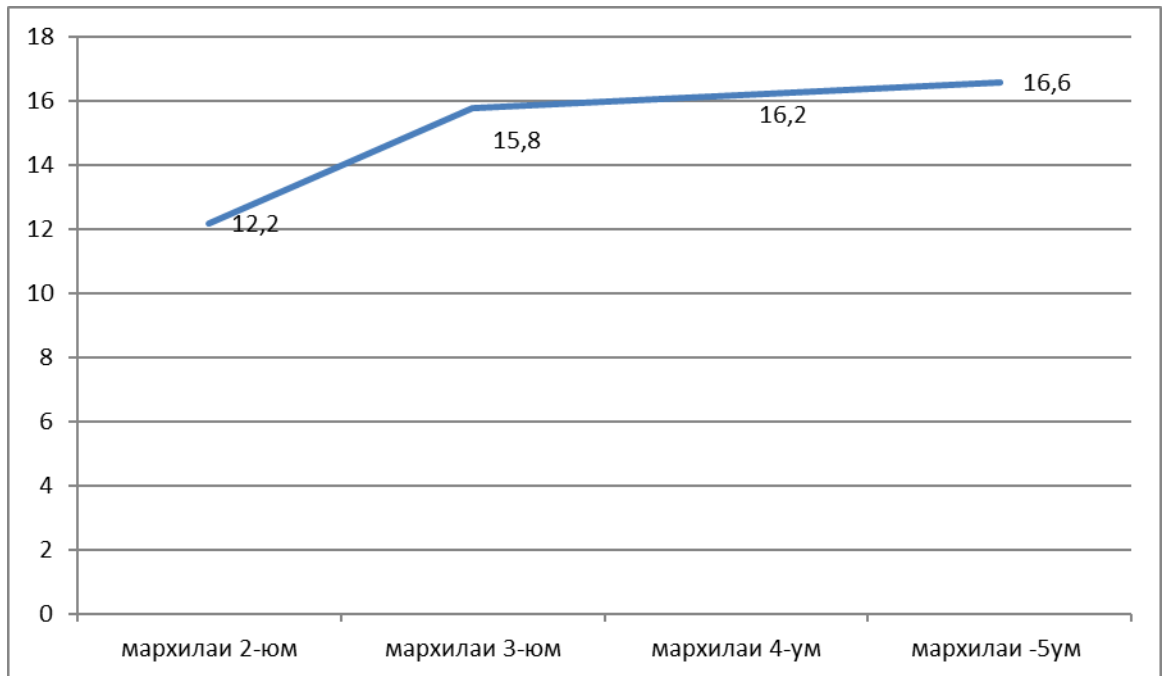
Ҷадвали 4. – Андозаҳои миёнаи кос дар духтарон ва духтарони наврас.

Синну сол	n	d Spinarum (см)	d. Cristarum (см)	d. Trochant. (см)	c. Externa (см)	Шохиси Соловев (см)
11-сола	14	22,0±0,6	25,0±0,6	27,0±0,6	18,2±0,3	12,0±0,1
12 -сола	16	23,5±0,6	25,4±0,6	26,5±0,5	17,5±0,6	14,1±0,3
13-сола	28	25,1±0,7	27,2±0,3	30,7±0,3	18,5±0,3	14,5±0,6
14 -сола	21	25,9±0,1	28,4±0,1	32,5±0,1	20,0±0,1	14,8±0,8
15 -сола	102	24,2±0,2	26,9±0,2	31,1±0,4	19,4±0,3	15,1±0,3
16 -сола	93	25,3±0,2	28,1±0,3	30,9±0,7	20,1±0,6	15,4±0,1
17 -сола	106	25,4±0,1	27,8±0,1	30,0±0,2	19,7±0,2	15,7±0,7

Тавре аз маълумотҳои маълум мегардад, андозаи коси духтарон ва духтарони наврас тадричан зиёд мешавад. Шиддати максималии калоншавии андозаи кос дар синну соли 12 то 14 солагӣ дида мешавад, шохиси Соловев аз 11 то 12 -солагӣ (ҷадвали 4).

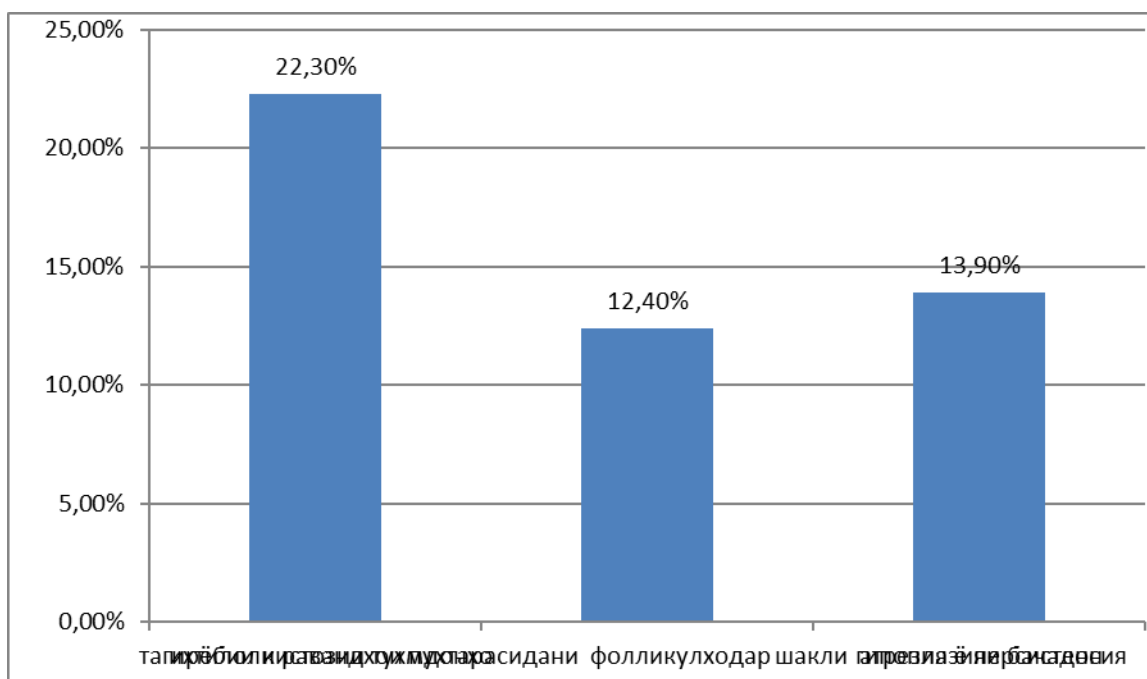
Таҳлили зухуроти аломатҳои дуҷуми чинсӣ нишон дод, ки инкишофи балоғати аз инкишофи ғадудҳои ширӣ оғоз меёбад. Синну

соли ниҳоне, ки ғадудҳои ширӣ ба марҳалаи M_{a0} мувофиқат мекунанд, 15-солагӣ аст ва ин дар 9 (2,4%) ба назар расид. Синну соли ниҳоне, ки мӯйҳои зихор мебароянд, ба 15-солагрост меояд ва он дар 5 (1,3%) ба мушоҳида расид. Баҳодиҳии мӯйбарории аксиллярӣ нишон дод, ки синну соли ниҳой барои марҳалаи A_{x0} 15-солагӣ дар 19(5%) - и духтарон ба қайд гирифта шуд. Синну соли миёнаи менарх (ҳайзбинӣ) $12,8$ – солро ташкил дод, давомнокии миёнаи менарх (ҳайзбинӣ) $4,5 \pm 0,05$ рӯз, давомнокии миёнаи сикл – $29,5 \pm 0,34$ рӯз аст. (Расми 3)



Расми 3. – Ҷараёни синну соли расидан ба марҳилаи балоғат дар духтарон ва духтарони навраси таҳқиқшуда.

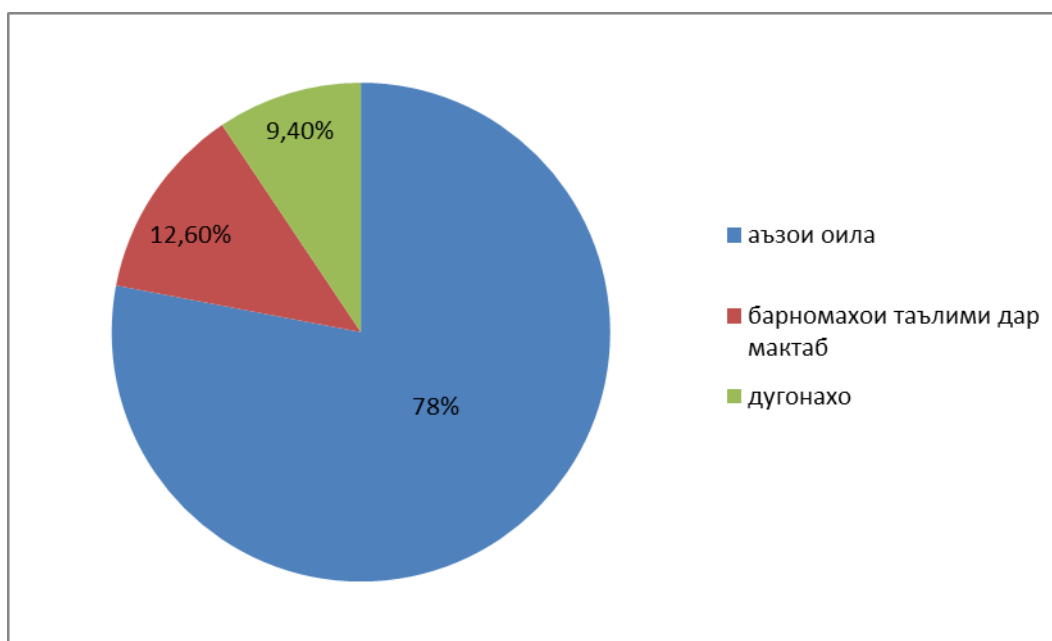
Таваққуфи инкишофи ҷисмонӣ (набудани аломати дуҷуми ҷинсӣ дар 13-солагӣ ва ҳайзбинӣ дар 15-солагӣ) дар 36 (9,5%) духтарон ба назар расид. Дар ҳамаи ин духтарон ва духтарони наврас патологияҳои соматикӣ ташхис карда шуданд, ки ин аз таъсири патологияҳои соматикӣ ба инкишофи наврасон гувоҳӣ медиҳад. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки синни миёнаи расидан ба марҳалаи 1- марҳалаи балоғат 11,8 -солагӣ, марҳалаи 2-12,2 -солагӣ, марҳалаи 3 – 15,8 -солагӣ, марҳалаи 4-16,2 -солагӣ, марҳалаи 5- 16,6 –солагӣ ба ҳисоб мераванд. Сохтори патологияҳои гениталӣ дар расми 3 оварда шудааст.



Расми 4 Сохтори патологияҳои гениталии духтарон ва духтарони навраси таҳқиқшуда.

Дар сохтори патологияҳои гениталиёӣ намоёнро тағйиротҳои кистозии тухмдонҳо (86 нафар - 22,5%), ихтилоли равандҳои пухта расидани фолликулҳо дар шакли атрезия ва ё персистенсия (47 нафар- 12,4%), гипоплазияи бачадон (53 нафар - 13,9%). Баҳоидиҳои ҳолати ғадуди ширӣ муайян кард, ки дар 26 (6,8%)- наврасон мастопатияи ғадудӣ-кистозӣ, дар 7 (1,8%) – мастопатияи кистозӣ-фиброзӣ, дар 4 (1,1%) - мастопатияи ғадудӣ-фиброзӣ ба қайд гирифта шудааст. Ихтилоли синкли ҳайзбинӣ дар 36,8% -и духтарони таҳқиқшуда ошкор гардид, ки дар байни онҳо бештар алгоменорея ва гиперменорея дучор мешаванд.

Саломатии худро ҳамчун «хуб» 296 (78,2%) -и наврасон баҳогузорӣ карданд. Сатҳи иттилоотнокии духтарони ва духтарони навраси таҳқиқшуда дар бораи функцияи репродуктивӣ дар давраи наврасӣ дар 267 (70,3%) -и наврасон паст буд. Сарчашмаи ба даст овардани иттилоъ дар бораи ҳолати системаи репродуктивӣ дар 78% аъзои оила, дар 12% барномаҳои маърифатии мактаб ва дар 9,4% дугонаҳо буданд (расми 5).



Расми 5. Сарчашмаи ба даст овардани иттилоъ дар бораи ҳолати системаи репродуктивӣ дар духтарон ва духтарони наврас.

Таҳқиқотҳои гузаронидашуда басомади баланди бемориҳои сироятӣ дар давраи кӯдакӣ аз саргузаронидашуда ва патологияҳои соматикиро муайян карданд, ки ба бунёд шудани функсияи репродуктивӣ (таваққуфи инкишофи ҷинсӣ дар 9,5%-и ҳолатҳо) ва басомади патологияҳои гениталии наврасон таъсир мерасонанд. Ҳамаи наврасоне, ки ихтилоли ҳайзбинӣ доранд, ягон патологияи соматикӣ низ доранд. 2/3-и наврасони таҳқиқшуда шароити ғайриқаноатбахши иҷтимоӣ-маишиашонро зикр карданд, ки дар бунёд шудани функсияи репродуктивӣ аҳамияти калон доштани шароити иҷтимоӣ-маишӣ ва иқтисодии ҳаёти наврасонро тасдиқ мекунад. Ҳамин тавр, гузаронидани таҳқиқот зарурати коркарди алгоритми баҳодиҳии комплекси солимии репродуктивии наврасонро таъкид мекунад ва ин барои солимгардонии онҳо ва тайёр шудан барои дар оянда модар шудан мусоидат мекунад.

Натиҷаҳои бадастовардаи мо аз хусуси инкишофи ҷисмонии духтарон ва духтарони наврас дар шароити имрӯзаи Тоҷикистон хусусиятҳои муайянеро дар бар мегиранд, ки онҳоро ҳангоми

диспансеризатсияи духтарон ва духтарони наврас ба эътибор гирифташ зарур аст.

Дар айни замон дар кишварамон базаи меъёрӣ-ҳуқуқӣ ба вуҷуд оварда шудааст, ки он 9 қонун, 18 қарорҳои ҳукумати ва 40 фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро дар бар мегирад. Арзёбии асноди нормативии амалкунанда оид ба солимии репродуктивии наврасон дар Тоҷикистон нишон дод, ки принсипҳои асосии асноди меъёрӣ-ҳуқуқӣ риояи ҳуқуқи инсон, таъмини кафолати давлатии онҳо, афзалияти чорабиниҳои профилактикӣ, дастрасӣ ба ёри тиббӣ-иҷтимоӣ, ҳимояи иҷтимоӣ, масъулияти шахсони роҳбарикунандаи (мансабдори) муассисаҳое, ки ёри тиббӣ мерасонанд, ба ҳисоб мераванд. Дар маҷмӯъ дар 20 соли охир дар системаи ҳифз кардан ва расонидани ёри тиббӣ ба модару кӯдак тағйироти ҷиддӣ ба амал омадааст.

Ҳуҷҷатҳо ва тавсияҳои муҳим таҳия ва татбиққарда шуданд, ки муносибатҳо нисбат ба сифати ёри тиббӣ ва ёри санитариро ба таври куллӣ дигаргун карда, нишон доданд, ки дар сиёсати давлатӣ ғамхорӣ нисбат ба модару кӯдак ҷойи махсусро ишғол мекунад. Аммо таҳлили гузаронидашудаи мо тасдиқ мекунад, ки дар таъмин кардани ёри босифат ба наврасон мушкilot мавҷуд аст. Баланд бардоштани сифат ва дастрасии ёри тиббӣ-санитарии занҳо ва кӯдак, ҳифзи солимии духтарон-наврасон яке аз ҳадафҳои муҳимтарини «Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраҳои солҳои 2010-2011» ба ҳисоб меравад, ки дар асоси қарори дахлдори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, № 368 аз 2-юми августи соли 2010 қабул шудааст.

Бо мақсади такмил додани ташҳиси барвақтӣ ва сари вақт расонидани ёри тиббӣ-профилактикӣ, кӯдакон ва наврасоназ диспансеризатсия мегузаранд (фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 05 июни соли 2017 № 426),

дар асоси он чорабиниҳои мушаххас ҷиҳати беҳтарсозии ҳифзи солимии кӯдакон ва наврасон таҳия шуда, гузаронида мешаванд. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти мо, яке аз тарафҳои сусти дониши нокифояи ҳайат мебошад, ки ба тартиби расонидани ёрии тиббӣ ба духтарон ва духтарони наврас ва конвенсияи ҳуқуқи кӯдакон дахл дорад. Дар мавриди паст будани сифати хизматрасониҳои тиббӣ бинобар норасоии малакаҳои дахлдори кормандони тиббӣ дар заминаи тибби исботшуда ва стандартҳои расонидани ёрии тиббӣ мушкилоти ҷиддӣ ошкор карда шуд.

Натиҷаҳои амалии таҳқиқоти мо дар Дастури таълимӣ- методии тартиби расонидани ёрии тиббӣ ба духтарон ва духтарони наврас инъикос ёфтааст. Илова бар ин, аз тарафи мо бо мақсади гузаронидани семинарҳои мутахассисон оид ба ҳуқуқи гирифтани ёрӣ барои беҳтар гардонидани солимии репродуктивӣ омода карда шудааст. Ҳамчунин, мо яке аз сабабҳои сари вақт нарасонидани ёрӣ аз тарафи акушер-гинекологҳо ба духтарон ва духтарони наврасро муайян кардем. Дар бештари иштирокчиён муайян карда шуд, ки сабаби ба табиб дер муроҷиат карданишон шарм доштан, тарс аз он ки ба назди табиб-гинеколог рафтанишон овоза мешавад, мебошанд. Мо чунин ҳисоб мекунем, ки ин тарафи сустро метавон дар ҳолати дуруст ба роҳ мондани кори маҳзани иттилоотӣ дар муассисаҳои таълимӣ бартараф намудан мумкин аст. Натиҷаи амалии фаъолияти мо пешниҳод намудан дар хусуси гузаронидани машваратҳо бо Кумитаи кор бо ҷавонони назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад, ки дар он баррасӣ намудани қадамҳо ҷиҳати беҳтарсозии маҳзани иттилоотӣ оид ба ҳуқуқҳои репродуктивии ҷавонон ба нақша гирифта мешавад.

Таҳқиқоти мо нишон медиҳад, ки диспансеризатсияи духтарон ва духтарони наврас танҳо дар ҳолати мунтазам ва истифода кардани алгоритми гузаронидани он самаранок хоҳад буд, ки аз ҷамъоварии анамнези мукамал, муайян кардани бемориҳои соматикӣ, арзёбии

инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсӣ бо дарназардошти меъёрҳо (натиҷаҳои таҳқиқоти мо), таҳқиқоти ултрасадоӣ бо мақсади ошкор намудани бемориҳои гинекологӣ иборат аст. Дар амал татбиқи намудани ин пешниҳод имконият медиҳад, ки тартиботи мавҷудбудаи расонидани ёри тиббӣ ба духтарон ва духтарони наврас беҳтар ва мусоидтар карда шавад. Масъалаи дуруст ба роҳ мондани диспансеризатсия дар мактабҳо метавонад, яққоя дар машварати муштарак бо иштироки намоёндагони Вазорати маориф ва илм ва Кумитаи кор бо ҷавонони назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳаллу фасл карда шавад.

Ҳамин тариқ, нигоҳдорӣ ва мустаҳкам кардани солимии духтарон ва духтарони наврас, таъмин кардани сифатнокии хизматрасониҳои тиббӣ-санитарӣ, психологӣ, маърифатӣ, иҷтимоӣ барои беҳтар гардонидани солимии насли ҷавон мусоидат мекунанд, ки ин сатҳи рушди кишвари моро муайян месозад.

ХУЛОСАИ НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

6. Хусусиятҳои махсуси инкишофи ҷисмонии духтарон ва духтарони наврас дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон бартарӣ доштани андоми нормостеникӣ аст (80%). Андоми астеникӣ дар ҳар як панҷумин духтарон ва духтарони наврас дида мешавад. Дар динамикаи инкишофи ҷисмонии духтарон ва духтарони наврас ҷаҳиши бузургтарини инкишоф дар синну соли 11-13-солагӣ, вазни ҷисм дар 12-13-солагӣ, калоншавии андозаи кос дар 12-14-солагӣ, шохиси Соловёв дар 11-12-солагӣ ба назар мерасад.
7. Хусусиятҳои махсуси инкишофи ҷинсии духтарон ва духтарони наврас дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон инҳо мебошанд: синну соли ниҳоие, ки дар он ғадудҳои ширӣ ба марҳалаи Ma_0 мувофиқат мекунанд, баромадани мӯйҳои зиҳор, расидан ба марҳалаи Ax_0 дар 15-солагӣ; синну соли миёнаи менарх (ҳайзбинӣ) 12,8 –солагӣ; синну соли миёнаи расидан ба марҳалаи 5-уми давомнокии миёнаи пубертат – 16,6-солагӣ; таваккуфи инкишофи ҷинсӣ дар 9,5%-и духтарон ба қайд гирифта шуд.
8. Дар сохтори бемориҳои гениталии духтарон ва духтарони наврас ҷойи махсусро тағйироти кистозии тухмдонҳо, ихтилоли протсессҳои пухта

расидани фолликулҳо бо намуди атрезия, персистенсия, гипоплазияи бачадон ишғол мекунад. Ихтилоли нисбатан бештар дучоршавандаи синкли ҳайзбинӣ алгоменорея ва гиперменорея ба ҳисоб мераванд.

9. Басомади баланди бемориҳои соматикӣ (анемия, бемориҳои ғадуди сипаршакл, пиелонефрит) дар духтарон ва духтарони наврас, ки ба инкишофи ҷисмонӣ, ҷинсӣ, барқарор шудани функсияи репродуктивӣ ва басомади бемориҳои гинекологӣ дар ҳамин гурӯҳи синнусолӣ таъсир мерасонанд, зарурати коркарди алгоритмҳои диспансеризатсияи босифати наврасон бо баҳодиҳии комплекси солимии наврасонро ба миён меоранд.
10. Ҳислатҳои иҷтимоии духтарон ва духтарони навраси Тоҷикистон бо ғайриқаноатбахш будани шароити моддӣ ва маишӣ (2/3 ҳиссаи таҳқиқшудагон), паст будани иттилоотнокӣ дар бораи солимии репродуктивӣ ва ҳуқуқҳои наврасон ба ҳисоб мераванд. Сарчашмаи ба даст овардани иттилоот дар бораи ҳолати системаи репродуктивӣ танҳо дар 12,6% -и муассисаҳои таълимӣ мебошанд, ки ин заминаи сусти татбиқи барномаҳои таълимӣ оид ба тарбияи ҷинсии ҷавонро тасдиқ мекунад.

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

5. Ҳангоми диспансеризатсияи духтарони синну соли наврасӣ пурсиш ва анамнези муфассал, арзёбии шикоятҳо, арзёбии инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсӣ, таҳқиқотчиҳати истисно кардани бемориҳои нисбатан зиёд дучоршавандаи соматикӣ ва ТУС-и узвҳои ҷинсӣ зарур мебошад.
6. Хусусиятҳои махсуси инкишофи ҷисмонии духтарон ва духтарони наврас дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳангоми диспансеризатсияи духтарони синну соли наврасӣ бояд ба ҳисоб гирифта шавад.
7. Бо мақсади иттилоотнокии духтарон ва духтарони наврас дар бораи ҳолати системаи репродуктивӣ ва ҳуқуқҳои онҳо инкишоф додани барномаҳои таълимӣ дар мактабҳо зарур аст.
8. Мутахассисоне, ки ба наврасон ёрии тиббӣ ву санитарӣ мерасонанд, бояд тартиби расонидани ёрӣ, ҳуқуқҳо дар бораи солимии репродуктивии наврасонро донанд, малакаҳои машварат кардан ва баҳо баҳодиҳии солимии соматикӣ ва репродуктивии духтарон ва духтарони наврасро доро бошанд.

**ФЕҲРЕСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ
ИЛМӢ
МАҚОЛАҶО ДАР МАҶАЛЛАҶОИ ТАҚРИЗШАВАНДА**

1 –А. Ганиева М.Х., Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения республики Таджикистан ГоибовА.Г., ГаниеваМ.Х., ВохидовА.В. //Ж. «Вестник Авиценны». –Душанбе. – 2016. - №4. – С. 52-54.

2 – А. Ганиева М.Х., Основные факторы риска и вопросы профилактики заболеваемости женщин раннего репродуктивного возраста в таджикистане Ганиева М.Х. //Ж. «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана». –Душанбе. – 2017 - №3(33). – С. 38-43

3 – А. Ганиева М.Х., Некоторые аспекты репродуктивного здоровья девушек подростовоговозраста в современных условиях ТаджикистанаКамиловаМ.Я., ГоибовА.Г., ГаниеваМ.Х., НарзуллаеваЗ.Р, Ишан-ХоджаеваФ.Р. //Ж.«Znanstvenamisel». Душанбе. – 2017 - №46-51. – С. 38-43

4– А. Ганиева М.Х., Медико-сциальные аспекты репродуктивного здоровья девочек- подростков в Республике Таджикистан ГоибовА.Г., ПулотовК.Д., ГаниеваМ.Х., КулобиеваР.Т//Ж.«Здравоохранение Таджикистана ». Душанбе. – 2017 - №– С. 38-43

5 – А. Ганиева М.Х., Некоторые причины ранних браков и их социальные последствия в ТаджикистанеГоибзода М.А., ГоибовА.Г., ГаниеваМ.Х., ЛукьяновН.Б. //Ж.«ВестникТаджикского национального унверистета. Серия социально-экономических и общественных наук». Душанбе. – 2018 - №– 1
С. 199-203

6 – А. ГанизодаМ.Х.,. Стратегияулучшения репродуктивного здоровья населения Республики ТаджикистанаГанизода М.Х., АшуроваА.Дж., Гоибов Х.М. //Ж.« Здравоохранение Таджикистана». Душанбе. – 2019 - №– 1 С. 151-153

7 -А. Ганизода М.Х.,. Воросы реализации научно-обоснованных приоритетовразвития медико-санитарной помощи подросткам в сельских регионах Республики Таджикистан. ГоибовА.Г.,Гундаров И.А., Лукьянов Н.Б., Ганизода М.Х.,

МАҚОЛАҶОВА ТЕЗИСҶО ДАР МАҶМААИ КОНФРОНСҶО:

8 – А. Ганиева М.Х., Анализ информированности специалистов службы репродуктивного здравоохранения при оказании контрацептивной помощи / Ахмеджонова Г.А., Мухаммадиева С.М., Бобоходжаева М.О., Ганизода М.Х., Муродалиева Б. Ш. //Материалы ежегодной XXIV

научно-практической конференции «Юбилейные научные чтения» ТГМУ имени Абуалиибни Сино, – Душанбе.- 2018. – С.13-14.

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

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

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

12–А. Ганиева М.Х., Стратегия улучшения репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистан Ганиева М.Х., Ашурова Н.С., Нозиров А.Дж., Гоибов Х.М. //Материалы IX-ой годичной республиканской научно-практической конференции на тему «Развитие сестринского дела в Таджикистане и роль современной технологии в медицине», посвященной 28-летию независимости Республики Таджикистан и годам развития сел, туризма и народных ремесел. – Душанбе. – 2019. - №2. – С. 151-153.

РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҶО

БИУКХ- бемориҳои илтиҳоби узвҳои кӯси хурд

ВНМО - вируси норасоии масъунияти одам

ВДР – воситаи дохили раҳмӣ

ТУТ–Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ

ИВБ– индекси вазни бадан

ББАҶГ – бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинси гузаранда

КДО – Контрасептивҳои даҳонии омехта

МТП- муассисаҳои табошти профилактикӣ

БТ-бунгоҳи тиббӣ

ТББ–Таснифоти байналмилалӣ бемориҳо

СММ - Созмони Милали Муттаҳид

КАТС – Кумаки аввалияи тиббию санитарӣ

СР – солимии репродуктивӣ

АТД– амбулаторияи тиббии деҳот

ФЧ–фаъолияти ҷисмонӣ

ОХ–омилҳои ҳавф

ХНКСММ – Хазиная нуфузи кӯдакони Созмони Милали Муттаҳид

ХРЗСММ–хазиная рушди занони Созмони Милали Муттаҳид

ХНАСММ–Хазиная нуфузи аҳолии Созмони Милали Муттаҳид

АННОТАЦИЯ
ГАНИЗОДА МУНИРА
ОПТИМИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ПОДРОСТКОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, подростки, физическое и половое развитие, гинекологический статус, нормативно-правовые документы, качество помощи, оптимизация службы.

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

Материал и методы исследования. Проспективно обследованы 380 девочек и девушек подросткового возраста и ретроспективно проанализированы анкеты и амбулаторные карты 1500 девочек и девушек подросткового возраста. Проспективное обследование предусматривало: сбор анамнеза, измерение роста, массы тела, окружности груди, размаха рук, размеров таза, индекса Соловьева, расчета индекса массы тела по Броку. Состояние полового развития оценивали на основании последовательности появления и выраженности вторичных половых признаков (5 степеней полового развития по Таннеру, 1969). С целью выявления патологии репродуктивной системы проводили УЗИ органов малого таза. Статистический анализ включал использование параметрических и непараметрических методов статистики. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их новизна: Представлены данные об особенностях физического и полового развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана. Установлено, что ведущие места в структуре генитальной патологии девочек и девушек подростков занимают кистозные изменения яичников, нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции, гипоплазия матки, нарушения менструального цикла являются альгоменорея и гиперменорея. Установлена высокая частота соматической патологии среди девочек и девушек подросткового возраста. Показано, что социальную характеристику девушек и девочек подросткового возраста Таджикистана отличают неудовлетворительные материально-бытовые условия (2/3 обследованных),

низкая информированность о репродуктивном здоровье и правах подростков. Выявлены слабые стороны качества репродуктивной помощи подросткам: низкий уровень внедрения образовательных программ по половому воспитанию молодежи, недостаточные знания порядка оказания медицинской помощи и недостаток соответствующих навыков персонала медицинских учреждений, обслуживающих подростков, а также низкое качество системы диспансеризации подростков.

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

Область применения: гинекология, организация служб репродуктивного здоровья.

ТАВЗЕҲОТИ ҒАНИЗОДА МУНИРА МУНОСИБСОЗИИ ХИЗМАТРАСОНИИ СОЛИМИИ РЕПРОДУКТИВИИ НАВРАСОН ДАР ТОҶИКИСТОН

Калидвазнҳо: солимиирепродуктивӣ, наврасон, инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсӣ, мақоми (статуси) гинекологӣ, асноди меъёрӣ-ҳуқуқӣ, сифати ёрӣ, муносибсозии хизматрасонӣ.

Мақсад. Илман асоснок кардани коркарди комплекси муносиби ҷорабиниҳои тиббӣ-иҷтимоӣ оид ба беҳтарсозии солимии репродуктивии духтарони навраси Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. Таҳқиқоти проспективии 380 духтарон ва духтарони наврас гузаронида шуда, ба таври ретроспективӣ анкета ва картаҳои амбулатории 1500 духтарон ва духтарони наврас таҳлил карда шуданд. Таҳқиқоти проспективӣ инҳоро дар назар дорад: ҷамъоварии анамнез, андозагирии қад, вазни ҷисм, даври қафаси сина, кулочҳо, андозаи кос, шохиси Соловев, ҳисоб кардани шохиси вазни ҷисм бо усули Брок. Ҳолати инкишофи ҷисмонӣ дар асоси тартиби пайдарпайи зухурот ва возеҳии аломатҳои дуоми ҷинсӣ (5 дараҷаи инкишофи ҷинсӣ бо усули Таннер, 1969) баҳогузорӣ гардид. Бо мақсади ошкор намудани патологияҳои системаи репродуктивӣ ТУС-и

узвҳои коси хурд иҷро карда шуд. Таҳлили омори истифодаи усулҳои параметрӣ ва ғайрипараметрии омори дар бар гирифт. Фарқият бо ифодаҳои омори хангоми $p < 0,05$ ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии онҳо. Маълумотҳо дар бораи хусусиятҳои инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсии духтарон ва духтарони наврас дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон пешниҳодкарда шуданд. Муқаррар гардид, ки дар сохтори бемориҳои гениталии духтарон ва духтарони наврас тағйиротҳои кистозии тухмдонҳо, ихтилоли равандҳои пухта расидани фолликулҳо бо намуди атрезия ё персистенсия, гипоплазияи бачадон ҷойи асосиро ишғол мекунанд, ихтилоли сикли ҳайзбинӣ алгоменорея ва гиперменорея ба ҳисоб мераванд. Басомади баланди бемориҳои соматикӣ дар байни духтарон ва духтарони наврас ба қайд гирифта шуд. Нишон дода шудааст, ки ҳислатҳои иҷтимоии духтарон ва духтарони навраси Ҷумҳурии Тоҷикистон бо ғайриқаноатбахш будани шароити моддӣ-маишӣ (2/3 ҳиссаи таҳқиқшудагон), сатҳи иттилоотнокии пасти дар бораи солимии репродуктивӣ ва ҳуқуқҳои наврасон доштани фарқ мекунанд. Паҳлӯҳои заифи сифати ёрии репродуктивӣ ба наврасон муайян карда шуданд: дараҷаи пасти таълиқи барномаҳои таълимӣ оид ба тарбияи ҷинсии ҷавонон, нокифоя будани малақаҳои дахлдори кормандони муассисаҳои тиббӣ, ки ба наврасон хизмат мерасонанд, ҳамчунин сифати пасти системаи диспансеризатсияи наврасон.

Тавсияҳо оид ба истифода: Хангоми диспансеризатсияи духтарони синну соли наврасӣ пурсиш ва анамнези муфассал, арзёбии шикоятҳо, арзёбии инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсӣ, таҳқиқотҳо ҷиҳати истисно кардани бемориҳои нисбатан зиёд дучоршавандаи соматикӣ ва ТУС-и узвҳои ҷинсӣ зарур мебошанд. Хусусиятҳои махсуси инкишофи ҷисмонии духтарон ва духтарони наврас дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон хангоми диспансеризатсияи духтарони синну соли наврасӣ бояд ба ҳисоб гирифта шаванд. Бо мақсади беҳтар гардонидани вазъи иттилоотнокии духтарон ва духтарони наврас дар бораи ҳолати системаи репродуктивӣ ва ҳуқуқҳои онҳо инкишоф додани барномаҳои таълимӣ дар мактабҳо зарур аст. Мутахассисоне, ки ба наврасон ёрии тиббӣ ва санитарӣ мерасонанд, бояд тартиби расонидани ёрӣ, ҳуқуқҳо дар бораи солимии репродуктивӣ наврасонро донанд, малақаҳои машварат кардан ва баҳо баҳодихии солимии соматикӣ ва репродуктивии духтарон ва духтарони наврасро доро бошанд.

Соҳаи истифода: гинекология, ташкили хизматрасонии солимии репродуктивӣ.

ANOTATION
GANIZODA MUNIRA
OPTIMIZATION OF THE REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES OF
TEENAGERS IN TAJIKISTAN

Key words: reproductive health, adolescents, physical and sexual development, gynecological status, regulatory, quality of care, service optimization

Purpose: Scientific discussion of the development of an optimal complex of medical and social measures to improve the reproductive health of girls of adolescents in the Republic of Tajikistan

Material and research methods: 380 girls and teenage girls were prospectively examined and retrospectively analyzed questionnaires and outpatient cards of 1,500 girls and teenage girls. A prospective examination included: taking an anamnesis, measuring height, body weight, chest circumference, arm span, pelvic size, Solovyov's index of calculating Brock's body mass index. The state of sexual development was evaluated on the basis of the sequence of appearance and severity of secondary sexual characteristics (5 degrees of sexual development according to Tanner, 1969).

The reproductive system was performed by ultrasound of the pelvic organs.

Statistical analysis included the use of parametric and nonparametric statistics methods. Differences were considered statistically significant at $p < 0.05$

The results obtained and their novelty: Data on the characteristics of the physical and sexual development of girls and girls in modern conditions of Tajikistan are presented. It has been established that the leading places in the structure of the genital pathology of girls and adolescent girls are occupied by cystic changes in the ovaries, impaired follicular maturation processes such as atresia or persistence, uterine hypoplasia, menstrual irregularities are algomenorrhea and hypermenorrhea.

A high frequency of somatic pathology was established among girls and adolescent girls. It is shown that the social characteristics of girls and adolescent girls in Tajikistan are distinguished by unsatisfactory material and living conditions (2/3 of the examined), low awareness of the reproductive health and rights of adolescents. Weaknesses in the quality of reproductive care for adolescents were revealed: the low level of implementation of educational programs for the sexual education of young people, insufficient knowledge of the procedure for providing medical care and the lack of appropriate skills of staff of medical institutions serving adolescents, as well as the low quality of the adolescent medical examination system.

Recommendations for use: Examination of adolescent girls should include a thorough interview and medical history, assessment of complaints, assessment of physical and sexual development, examination to exclude the most common somatic pathology and ultrasound of the genital organs.

Features of the physical development of girls and girls in modern conditions of Tajikistan must be taken into account when examining girls and adolescent girls.

To improve the awareness of girls and adolescent girls about reproductive health and rights, it is necessary to develop educational programs in schools.

Specialists providing medical and sanitary assistance to adolescents need to know the procedure for providing assistance, the rights on reproductive health of

adolescents, have the skills to consult and evaluate the somatic and reproductive health of girls and adolescent girls

Scope: gynecology, organization of reproductive health services