

УДК 613.96

## ФАКТОРЫ РИСКА И ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ (НА МАТЕРИАЛАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)

<sup>1</sup>Мансуркулова Н., <sup>2</sup>Орозбекова Б.Т., <sup>1</sup>Муйдинов Ф.Ф.,  
<sup>3</sup>Байызбекова Д.А., <sup>1</sup>Ажиккулова В.С.

<sup>1</sup>*Ошский Государственный Университет, Ош, e-mail: oosp@rambler.ru;*

<sup>2</sup>*Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, e-mail: oosp@rambler.ru;*

<sup>3</sup>*Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, e-mail: djayna2001@mail.ru*

В статье дан литературный анализ факторов, влияющие на состояние здоровья и физическое развитие детей и подростков, в период социально-экономической нестабильности. Показана связь физического развития с состоянием и здоровья подростка, его поведением. Обзор охватывает данные 24-летнего периода (поведенческих) факторов риска формирующих неинфекционные и инфекционные заболевания у подростков.

**Ключевые слова:** фактор риска, здоровья и физическое развитие детей и подростков, поведение

## RISK FACTORS AND ADOLESCENT HEALTH (ON MATERIALS OF THE KYRGYZ REPUBLIC)

<sup>1</sup>Mansurkulova N., <sup>2</sup>Orozbekova B.T., <sup>1</sup>Muydinov F.F., <sup>3</sup>Baiyzbekova D.A., <sup>1</sup>Agikulova V.S.

<sup>1</sup>*Osh State University, Osh, e-mail: oosp@rambler.ru;*

<sup>2</sup>*B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavonic University, Bishkek, e-mail: oosp@rambler.ru;*

<sup>3</sup>*Scientific and Production Centre for Preventive Medicine of the Ministry of Health of Kyrgyz Republic, Bishkek, e-mail: djayna2001@mail.ru*

The article presents a literature analysis of factors affecting the health and physical development of children and adolescents in the period of social and economic instability, which shows the relationship of the physical development of the state of health of teenagers, their behavior. Also, the data obtained in the course of a 24-year retrospective analysis of risk factors for non-communicable and infectious form of the disease in adolescents.

**Keywords:** risk factors, health and physical development of children and adolescents behavior

Охрана здоровья подростков на сегодняшний день остается приоритетной проблемой современной медицины. В последние годы интерес к проблемам здоровья подростков и молодежи возрастает. От состояния здоровья зависит развитие общества, его трудовой и интеллектуальный потенциал, социально-демографическая обстановка в стране. Подростки в данном контексте заслуживают особого внимания. Ухудшение здоровья в подростковом возрасте не может не отразиться на уровне здоровья населения и инвалидизации, хронизации заболеваний в последующих возрастных периодах.

По данным официальной статистики России состояние здоровья российских подростков существенно хуже, чем у их сверстников в других странах. Об этом свидетельствуют данные самооценки здоровья 15-летних подростков. Так, считают себя здоровыми: в Швейцарии – 93%, в Швеции – 72%, во Франции – 55%, в Германии – 40%, в России – 28% подростков [8]. Отмечается, что в Российской Федерации общая заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет за период с 2005 по

2012 гг. возросла с 185 856,2 до 221 779,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (темпы прироста – 19,3%) [17]. Региональные исследования по данной проблематике также дают очень тревожные результаты и указывают на быстрый темп роста заболеваемости среди подростков за последние годы. За период с 2004 по 2012 гг. темп роста первичной заболеваемости среди подростков (15–17 лет) в Республике Татарстан составил около 50,9%, а темпы прироста – 40,0% [26].

Со здоровьем человека тесно связано понятие «самосохранительное поведение», нашедшее отражение в работах А.И. Антонова, И.В. Журавлевой, А.Е. Ивановой, Л.С. Шиловой, О.С. Копиной, С.Н. Варламовой, Н.Н. Седовой [2, 4, 7, 9, 24, 29]. По этому поводу имеются также работы классиков социологии, таких Э. Дюркгейм, Т. Парсонс, Э. Гоффман, Э. Фромм, в России – И.Б. Назарова, В.С. Шувалова, Т.М. Максимова, С.С. Халикова, Р.В. Синюткина и др. [15, 16, 18, 22, 27, 28, 30, 32, 33], где показана связь физического развития с состоянием и здоровья подростка, его поведением.

Впервые оценку физического развития детей в Кыргызстане провели В.И. Белькина и В. Марченко в 1928-1929 гг. В последующие годы подобные исследования проводились Б.М. Мамытовым (1958), П.П. Афанасенко (1964), Р.А. Недвигой (1964), Ю.И. Мануйленко (1964), А.К. Левченко (1973), С.И. Иманбаевым (1970, 1973), Д.К. Кудаяровым (1966), Н.Н. Миклашевской с соавт. (1973-1975 гг.), К.К. Айдыралиевой (1981), Т.И. Покровской (1984), А.Г. Головым, С.Л. Тузовым (1988) и др. После обретения независимости исследование физического развития детей и подростков в Кыргызской Республике проводили такие отечественные ученые, как М.А. Кыдырова (2001), Б.Т. Турусбеков (2001, 2003), Р.П. Коробко, (2002); Т.М. Сабралиева (2007), Ф.А. Кочкорова, Г.Ж. Каракеева (2012); Р.М. Атамбаева и др., однако они носили фрагментарный характер [21].

В настоящее время актуальной проблемой научных исследований является оценка физического развития и здоровья детей во взаимосвязи с факторами, влияющими на качество жизни. В основе снижения жизненного уровня населения лежат социально-экономические изменения последних лет [3, 11, 16, 19]. Для своевременного выявления самых начальных отклонений физического развития детей и своевременной их коррекции необходимо мониторинговое показателем физического развития детей из группы риска.

При изучении физического развития, состояния здоровья и фактического питания детей в возрасте от 0 до 17 лет в разных регионах Кыргызской Республики (2005) выявлено, что в 3-летнем возрасте 18,2% сельских детей и 12,4% городских детей имели задержку в физическом развитии. Такая же закономерность выявлена у 15,5% детей в возрасте 7 лет. При этом у 7-летних детей, проживающих в южных регионах, задержка физического развития встречалась несколько чаще (17,2-29,2%), чем среди детей того же возраста других регионов республики (6,3-13,5%) [10].

Факторами, влияющими на состояние здоровья и физическое развитие детей и подростков в период социально-экономической нестабильности, являются: санитарно-гигиенические (жилищно-бытовые условия, характер водоснабжения, гигиенические навыки у детей и подростков, поведенческие факторы риска, куда входит курение, нерациональное питание, чрезмерное потребление алкоголя, низкая физическая активность и др.), социально-гигиенические (уровень образования и семейный доход, качество ухода за ребенком, питание,

детский труд в семье и т.д.) и медико-биологические (возраст, качество оказания медицинских услуг – диспансеризация, лечение и профилактика) [21].

Ф.Ф. Муйдинов (2012) в своих исследованиях указал, что у юношей Баткенской области (КР) призывного возраста преобладает заболеваемость бронхолегочной системы – 84,1 случая на 1000 подростков, на втором месте идут болезни органов пищеварения. Исследование физического состояния выявило у 19,5% лиц призывного возраста отставание массы тела от роста, указывающее на резко дисгармоничное развитие. Избыточный вес и ожирение выявлено у 17,3% и 3,6% юношей, проживающих в основном в «опасной» зоне. Имеющиеся различия в морфологических и функциональных показателях здоровья у юношей, в зависимости от зоны их проживания, сохраняются до призыва в армию [14].

Выделен следующий комплекс факторов риска, влияющих на здоровье призывников: социальный состав семьи (неполноценность семьи – 15,6%, наличие своей семьи – 7,3%, или сложной семьи – 24,1%), поведенческие – самих родителей (употребление алкоголя – 49,5%, курение отцов – 58,6%, и матерей – 32,8%), а также юношей (употребление алкоголя – 27,2%, курение – 38,0%, употребление наркотиков – 2,8% и токсических веществ – 2,0%). Санитарная грамотность призывников и их родителей оценивается: на «хорошо» – у 23,1% и на «удовлетворительно» – у 62,9%. При этом они в 60-70% случаев не имеют доступа к доброкачественной питьевой воде и санитарно-бытовых условий для соблюдения правил личной гигиены [14].

К управляемым факторам риска для различных заболеваний относятся медико-биологические (избыточная масса тела, повышенное артериальное давление) [1, 5, 6, 12, 13, 25], и болезни, связанные с рискованным поведением. Доказано, что предрасположенность к основным факторам риска заболевания формируется в детском и подростковом возрасте, при этом факторы риска вносят свой вклад в общее состояние и ухудшение здоровья и приводят к отрицательным социальным последствиям: суицидам, травматизму и др. [1, 5]. Ухудшение самочувствия отрицательно сказывается на учебе и восприятии информационного материала.

Важно отметить, что молодежь обоих полов относится к группам риска по всем инфекциям, передаваемым половым путем, включая ВИЧ-инфекцию. По литературным источникам почти половина (48%) новых случаев ИППП приходится на возраст от 15 до 24 лет, хотя эта возрастная группа со-

ставляет всего лишь четвертую часть среди тех, кто ведет половую жизнь [31]. Если в первые годы эпидемии основным путем передачи ВИЧ было употребление инъекционных наркотиков, то в настоящее время половина из вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции обусловлена половым путем передачи [20]. Существует целый ряд факторов, повышающих риск инфицирования ИППП девушек по сравнению с юношами. В частности это физиологические особенности репродуктивной сферы и социально-психологическая зависимость девушек от сексуального партнера.

Для оценки существующей ситуации в КР был проведен ретроспективный анализ факторов риска, формирующих неинфекционные и инфекционные заболевания у подростков, за 24 летний период.

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

Как видно из рис. 1, среди 15-19 летних подростков встречаются все болезни, связанные с рискованным поведением: алкоголизм и алкогольные психозы, наркомания и токсикомания. Таким образом, данные о распространенности управляемых факторов риска, полученные в ходе ретроспективного анализа у подростков 15-19 лет, показали, что первое место занимает наркомания (32%), второе – алкоголизм и алкогольные психозы (6,7%) и третье – токсикомания (4,6%).

При этом высокий уровень имеет наркомания с вариацией от 10,7 в 2014 г. до 70,4 в 1997 г. на 100 000 подростков данного возраста. Необходимо отметить, что наркомания имеет циклическую тенденцию развития эпидемического процесса с интервалом 7-8 лет.

Такую же тенденцию сохраняет и алкоголизм с интенсивным показателем от 1,7 в 2002 г. до 29,3 в 2006 году на населения этого возраста. Токсикомания выявлялась в пределах от 1,7 в 1997 г. до 24,0 в 2005 году. Однако эта патология выявлялась не каждый год, что, по-видимому, связано с гиподиагностикой, а также более легкой доступностью натуральных и синтетических наркотических веществ.

Эконометрический анализ, проведенный в ряде развитых стран, установил, что вне-

дрение школьных профилактических программ укрепления здоровья обеспечило бы эффективное соотношение стоимости затрат и полученного выигрыша как 1:14 [13]. Кроме того, в условиях школы можно развивать и тренировать практические навыки здорового образа жизни, формировать среду, в которой живет и учится ребенок, при активном участии самих учащихся и членов их семей.

Сравнительный анализ заболеваемости ИППП подростков 15-17 лет за период 1991-2014 гг. (рис. 2) выявил негативную динамику распространенности этой патологии в КР. В 1997 году заболеваемость сифилисом составляла 65,6 случаев у юношей и 15,9 у девушек, на 100000 лиц того же возраста и пола. А с 1998 г. и по настоящее время идет постепенное снижение показателей. Однако, это возможно является следствием недоучета со стороны ЛПО. Для гонорей у юношей пик заболеваемости пришелся на 1995 г. (67,7 на 100000 того же возраста), а у девушек – 137,3 (1992 г.). Затем имело место постепенное снижение заболеваемости. В 1999 году отмечен значительный рост заболеваемости трихомонозом у девушек – до 334,4 случая на 100000 населения, с последующим снижением и периодическим подъемом. Пик подъема заболеваемости приходится на 2009 год – до 463,3. У юношей показатель данной заболеваемости приходится на 2005 г. – 269,9, а в 2009 г. – 243,6 на 100000 населения того же возраста.

На фоне снижения заболеваемости сифилисом и гонореей среди подростков, в 2002 г. на смену им приходят такие заболевания, как хламидиоз и гарднеллез у девушек (59,1 и 173,2, соответственно). Удельный вес подростков 15-17 лет в заболеваемости всеми нозологическими формами ИППП, в среднем, составляет 643,5 на 100000 населения данной возрастной группы.

Средний показатель в группе заболевших 15-17 лет для подростков мужского пола составляет 25,5%, а для подростков женского пола – 74,5%. Необходимо отметить, что, на фоне выраженного снижения числа зарегистрированных заболеваний всеми нозологическими формами ИППП во всех возрастных группах, в группе 15-17 лет доля заболевших девушек-подростков увеличилась. Возможно, в некоторой мере, это обусловлено более ранним физическим созреванием девушек. И, как следствие, более ранним началом сексуальных отношений при их относительной психологической незрелости. Следовательно, в систему комплексной профилактики ИППП среди подростков, необходимо включать специальные мероприятия для работы с девушками-подростками.

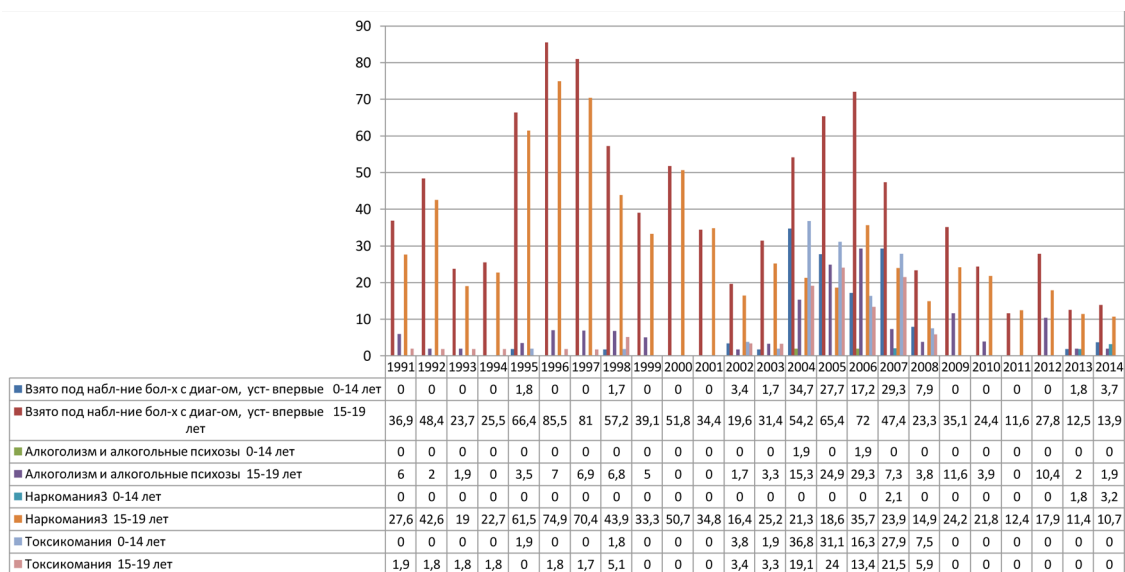


Рис. 1. Число заболеваний наркологическими расстройствами по видам и возрасту

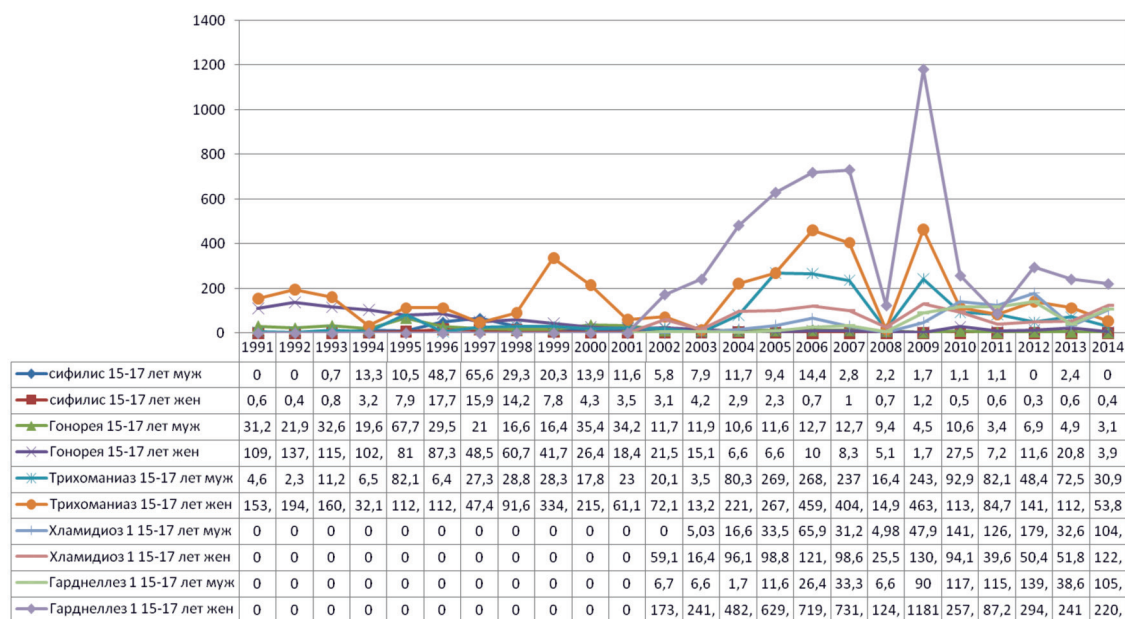


Рис. 2. ИППП от 15-17 летних по полу  
(\*Данные по хламидиозу и гарднеллез включены в отчетность с 2002 г.)

Основными факторами риска распространения ИППП у подростков-школьников являются: несоблюдение здорового образа жизни, неблагоприятные условия проживания в семье и высокий показатель числа неблагополучных семей – конфликтных, неполных, материально небеспеченных, с неудовлетворительными жилищными условиями, воспитание подростка в семьях с большим материальным недостатком.

В Кыргызской Республике по-прежнему низкой остается санитарная культура подростков, они, как правило, не имеют необходимых знаний об ИППП, путях передачи, последствиях и профилактике.

Нами было приглашено более 2000 подростков среди возрастных групп 15-17-летних, но в силу разных причин, только 1418 прошли обследования в полном объеме. Все данные исследований зарегистриро-



ваны в журнале с отметкой даты проведения исследования. Ниже дается возрастная структура подростков. В ходе исследования всего было обследовано 1418 подростков различных национальностей в возрасте 15-17 лет. В том числе обследованы учащиеся Ошского образовательно-профессионального колледжа. Учащиеся ПК составляли контрольную группу. Для полноты исследования были обследованы учащиеся 15-17 лет, проживающие в айылокмоту Тоо-Мойун Араванского района Ошской области. Были обследованы дети разных национальностей, родившиеся и постоянно проживающие в городской и сельской местности (табл. 1).

С каждым из подростков составлена анкета согласования, в которой он предварительно был ознакомлен с предстоящими исследованиями и было получено его согласие на обследование. В случаях, если подросток сомневался, ему давали время для обсуждения данного вопроса с родителями.

Как видно из таблицы 1, 78,1% от общего числа респондентов составляют городские школьники, 18,05% – учащиеся профессионального колледжа и 3,8% учащиеся школьники сельской местности.

От всех обследованных городских школьников  $48 \pm 1,5\%$  составляют дети киргизской,  $45,3 \pm 1,5\%$  – узбекской и  $6,7 \pm 0,75\%$  – другой национальности. В сельской местности данный показатель составляет для киргизской и узбекской национальности соответственно  $85,2 \pm 4,8$  и  $14,8 \pm 4,8$ . Тогда как среди учащихся профессионального колледжа киргизы составили 58,2%, узбеки – 37,1% и другой национальности – 4,7%.

Как и следовало ожидать, диапазон возрастов в группе учащихся профессионального колледжа оказался значительно шире, чем в группе школьников, однако, все школьники и 94,1% учащиеся профессионального колледжа были 15-17 лет (возрастной диапазон – 14 лет 6 мес. – 17 лет 5 мес. 29 дней) (табл. 2, 3).

Таблица 1

Сведения об исследуемых подростках г. Ош и Араванского района, возраст 15-17 лет

Школа	Кыргызы		Узбеки		Др. национальности		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СОШ им. Федченко	25	$16,4 \pm 3,0$	120	$79 \pm 3,3$	7	$4,6 \pm 1,7$	152	100
СОШ с. Нариман	86	$23,2 \pm 2,2$	282	$76 \pm 2,2$	3	$0,8 \pm 0,5$	371	100
СОШ с. Керме-Тоо	274	$97,2 \pm 1,0$	–	–	8	$2,8 \pm 1,0$	282	100
СОШ им. Кирова	147	$48,5 \pm 2,87$	100	$33 \pm 2,7$	56	$18,5 \pm 2,3$	303	100
Итого школьники:	532	$48 \pm 1,5$	502	$45,3 \pm 1,5$	74	$6,7 \pm 0,75$	1108	100
Учащиеся ПК	149	$58,2 \pm 3,1$	95	$37,1 \pm 3,0$	12	$4,7 \pm 1,3$	256	100
Учащиеся, сельские	46	$85,2 \pm 4,8$	8	$14,8 \pm 4,8$	–	–	54	100
Всего:	727	$51,3 \pm 1,3$	605	$42,6 \pm 1,3$	86	$6,1 \pm 0,6$	1418	100

Таблица 2

Половозрастная структура (городских) учащихся 9-11 классов

Возрастная группа	Юноши		Девушки	
	абс.	%	абс.	%
15-летние	277	$40,4 \pm 3,5$	136	$28,6 \pm 4,3$
16-летние	264	$38,5 \pm 3,4$	166	$34,9 \pm 4,8$
17-летние	145	$21,2 \pm 2,4$	174	$36,6 \pm 4,9$
Всего	686	100,0	476	100,0

Таблица 3

Половозрастная структура учащихся 1-3 курса ПК г. Ош

Возрастная группа	Юноши		Девушки	
	абс.	%	абс.	%
15-летние	108	$58,1 \pm 3,6$	31	$44,3 \pm 5,9$
16-летние	57	$30,1 \pm 3,4$	24	$34,3 \pm 5,7$
17-летние	18	$9,7 \pm 2,2$	11	$15,7 \pm 4,4$
18-летние	3	$1,6 \pm 1,0$	4	$5,7 \pm 2,8$
Всего	186	100,0	70	100,0

Таблица 4

Уровень санитарной и гигиенической культуры семей подростков

Показатели	Оценка	Подростки	Семья
Общая оценка санитарной культуры	хороший	31,1 ± 0,1	34,1 ± 2,3
	удовлетворительный	52,7 ± 1,1	51,3 ± 0,3
	неудовлетворительный	15,9 ± 0,7	14,6 ± 1,8
Общая оценка гигиенической культуры	хороший	9,0 ± 0,6	16,9 ± 2,0
	удовлетворительный	54,4 ± 1,1	68,6 ± 2,4
	неудовлетворительный	36,6 ± 1,1	14,2 ± 1,8

Таблица 5

Самооценка состояния здоровья подростков

Пол	Результат самооценки	Село	Город
		% ± m	% ± m
Мужчины	здоров	70,1 ± 0,006	67,5 ± 0,016
	болен	29,9 ± 0,006	32,5 ± 0,017
Женщины	здорова	61,5 ± 0,004	64,5 ± 0,010
	больна	28,5 ± 0,005	35,5 ± 0,014

В том, что обладают достаточной информацией по ИППП, уверены 38,4% респондентов-юношей. В группе девушек этот показатель составляет всего 36%. Нельзя все же исключить, что заболевшие подростки были более информированы в этой области, возможно, благодаря собственному опыту. Основным источником информации по ИППП для представителей обеих групп подростков были друзья – 36%. О посещении лекций врача отметили 14,5 и 12,8% подростков соответственно. С первыми проявлениями ИППП знакомы 48% подростков первой группы и лишь 32% – второй. Не знают ничего о первых проявлениях ИППП и ВИЧ/СПИДа 18% подростков основной группы и 26,4% – второй. Не могли ответить 34% и 41,6% соответственно.

Статистический анализ полученных данных позволил установить различия в группе юношей и девушек подростков-школьников по основным характеристикам семей. С вероятностью 69,3% показатель неполных семей колеблется в пределах от 38 до 50 случаев на 100 обследованных в группе юношей и от 20 до 30 случаев в группе девушек. С той же вероятностью установлен такой показатель, как неудовлетворительные взаимоотношения в семье. Показатель, характеризующий степень непосвященности подростков и отсутствия информации по вопросам профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, в обеих группах колеблется от 57 до 69 случаев на 100 обследуемых подростков-школьников в возрасте 15-17 лет.

Таким образом, опираясь на выше указанные официальные статистические

данные, можно говорить о наличии неблагоприятной и имеющей негативную динамику ситуации в отношении распространения рискованного поведения (потребления ПАВ) среди 15-19-летних подростков. Есть необходимость пересмотреть и потребовать создания на республиканском уровне долгосрочной программы мероприятий, направленных на снижение влияния указанных факторов риска на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков в условиях общеобразовательных учреждений.

По данным нашего исследования, основными детерминантами и причинами этого роста являются: снижение возраста начала половой жизни, при низком уровне применения контрацептивов, или распространение небезопасного секса; увеличение числа сексуальных связей и количества сексуальных партнеров; недостаточная эффективность проводимых профилактических мероприятий в области борьбы с ИППП; снижение уровня санитарно-гигиенической грамотности подростков в отношении сексуальной жизни, природы венерических болезней, их проявлений и последствий; безответственность в отношении к собственному здоровью и др. Важным фактором риска являются измерение морального облика подростка.

Нами также было проведено анкетирование подростков и семей по их самооценке уровня санитарной и гигиенической культуры (табл. 4).

Как видно из табл. 4, по данным анкетирования подростки и родители имеют почти

сходный уровень санитарной грамотности, который у 31,1% и 34,1% оценен на «хорошо», 52,7% и 51,3% – на «удовлетворительно». В то время как гигиенические навыки у подростков значительно ниже. У 36,6% призывников гигиенические навыки признаны неудовлетворительными.

Результаты анкетирования по самооценке состояния здоровья юношей подростков представлены в табл. 5.

Лица мужского пола в возрасте 15-17 лет считали себя здоровыми чаще (70,1%), чем лица женской группы (61,5%). На более низкий уровень здоровья указали городские жители. В числе сельских подростков признали себя здоровыми 70,1%, а в числе городских – 67,5%. В группе женского населения соответственно – 61,5 и 64,5%.

8,0% опрошенных подростков отметили наличие у них хронических заболеваний, в том числе жалобы на частые головные боли 3,9%, хронический бронхит 6,3%, кожные заболевания 1,2%, беспокойство и депрессии 2,1%, артрозы 0,5%, бронхиальную астму 0,5%, но наиболее часто (42,0%) подростки отмечали простудные заболевания (насморк, острый бронхит, пневмонии) и связывали их с санитарно-гигиеническим состоянием жилища.

#### Список литературы

1. Александров А.А. Профилактика сердечнососудистых заболеваний с детства: подходы, успехи, трудности // Кардиология. – 1995. – № 7. – С. 4–8.
2. Антонов А.И. Опыт исследования установок на здоровье и продолжительность жизни // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. – М.: ИС АН СССР, 1989. – С. 41–57.
3. Богомолова Т.Ю., Тапилина В.С. Бедность в современной России: измерение и анализ // Социология: методология, методы и математическое моделирование (Социология: 4М). – 2006. – № 22. – С. 90–113.
4. Варламова, С.Н. Н.Н. Седова Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социологические исследования. – 2010. – № 4. – С. 75–88.
5. Грабаускас В.И. Интегрированная программа коммунального здравоохранения в области неинфекционных болезней // Профилактика неинфекционных болезней: опыт и перспективы / Под ред. Е. Лепарского. – Женева: ВОЗ, 1991. – 123 с.
6. Евстифеева Г.Ю. Мониторинг хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска в детской популяции 6-17 лет; профилактические программы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Оренбург, 2004. – 47 с.
7. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол. наук. – М., 2005. – 434 с.
8. Здравоохранение в России: 2013: Стат. сб. / Росстат. – М., 2013. – С. 143.
9. Иванова, А.Е. Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты. – М.: ИИСПИ РАН, 1996. – 42 с.
10. Изучение структуры питания детского населения КР (0-17 лет). Заключительный отчет отдел питания Национального Центра педиатрии и детской хирургии. – Бишкек, 2005. – 194 с.
11. Кислицына О.А. Социально-экономические детерминанты здоровья населения // Народонаселение. – 2007. – № 2 (36). – С. 24–37.
12. Лебедькова С.Е. Дислипидемии у детей и подростков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 1986. – 50 с.
13. Лебедькова С.Е., Евстифеева Г.Ю. Политика и стратегия профилактических программ хронических неинфекционных заболеваний у школьников // Школьная и подростковая медицина. – Оренбург, РФ, 2009. – С. 112–116.
14. Муйдинов Ф.Ф. Эпидемиологическая оценка социально-гигиенических и поведенческих факторов риска, формирующих структуру заболеваемости юношей призывного возраста (на примере Баткенской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2012. – 28 с.
15. Назарова И.Б. Здоровье в представлении жителей России // Общественные науки и современность. – 2009. – № 2. – С. 91–101.
16. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – М.: ГУ-ВШЭ, МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
17. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2011. – 172 с.
18. Парсонс, Т. О социальных системах. – М.: Академический проект, 2002. – 832 с.
19. Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: ИСЭПН РАН, 2003. – 392 с.
20. Инфекции, передаваемые половым путем: руководство / Институт здоровья семьи. – М., 2009. – 168 с.
21. Садырова Н.А. Эпидемиологическая оценка факторов риска, влияющих на морфофункциональное развитие детей и подростков (на примере Джалал-Абадской и Ошской областей): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2015. – 32 с.
22. Синюткина Р.В. Социальное воздействие на здоровье детей и подростков: региональный аспект: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – М., 2010.
23. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России / Т.М. Максимова и др. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 367 с.
24. Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. – М.: Триумф, 2004. – С. 224.
25. Тубол И.Б., Смольяникова А.В., Лебедькова С.Е. и др. Уровни предвестников атеросклероза и основных хронических неинфекционных заболеваний у детей школьного возраста в некоторых городах России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 5. – С. 24–28.
26. Фаррахов А.З. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2008–2012 гг.). – Казань, 2013. – С. 78.
27. Фромм Э. Здоровое общество. – М.: АСТ, Транзиткнига, 2005. – 571 с.
28. Халикова С.С. Здоровье студенческой молодежи как социальная ценность: региональный аспект (на материалах Хабаровского края): автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Хабаровск, 2012. – 25 с.
29. Шилова Л.С., Копина О.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин // Отношение населения к здоровью. – М.: Ин-т социологии РАН, 1993. – С. 112–118.
30. Шувалова В.С., Шиняева О.В. Здоровье учащихся и образовательная среда // СОЦИС. – 2000. – № 5. – С. 75–80.
31. Alan Guttmacher Institute. Facts on American teen's sexual and reproductive health. – New York: Alan Guttmacher Institute, September, 2006.
32. Berenson G.S., Voors A.V., Webber L.S. et al. A model for prevention of early essential hypertension in the 1980s // Hypertension. – 1993. – Vol. 5, N 1. – P. 41–54.
33. Durkheim E. On the division of social labor. A Sociological Method. – Moscow: Nauka, 1991. – P. 56–58.
34. Hoffman A.B. 7 lectures on sociology. – Moscow: Kn.dom University, 2001. – 211 p.