

УДК 614.1+614.7(048)

В.В. Долгих, Д.В. Кулеш, Т.П. Шкандило

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
ИХ МЕДИЦИНСКОГО И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

*ГУ НЦ Медицинской Экологии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
ГУЗ Иркутская Государственная Областная Детская Клиническая Больница (Иркутск)*

Статья посвящена проблемам здоровья подростков в современных социально-экономических условиях. Приведены данные о состоянии их здоровья в России и Иркутской области. Дается оценка современным тенденциям медицинского и медико-социального обеспечения подросткового населения с учетом зарубежного и отечественного опыта.

Ключевые слова: *подростки, здоровье, помощь, медико-социальный*

STATE OF HEALTH OF TEENAGERS AND MODERN LINES OF THEIR MEDICAL-SOCIAL SECURITY

V.V. Dolgih, D.V. Kulesh, T.P. Shkandilo

*Scientific Center of Medical Ecology of ESSC of SD of RAMS, Irkutsk
Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Regional Children Clinical Hospital, Irkutsk*

The article is devoted to problems of health of the teenagers under modern socio economic conditions. The data of conditions of their health in Russia and Irkutsk area are given. The estimation of modern lines in medical and medical-social maintenance of the teenage population is given in view of foreign and domestic experience.

Key words: *teenagers, health, help, medical-social*

Здоровье является одной из главных ценностей в целом, а здоровье подростков и молодежи определяет будущее нации [1, 2, 7, 10]. Социальная

значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный потенциал общества. Резкие социально-экономические потрясения последнего десятилетия оказались драматичными для здоровья подростков. По оценке экспертов, принимавших участие в 52-й Всемирной ассамблее здравоохранения (октябрь 1999 г., Женева), ухудшение состояния здоровья населения России не имеет прецедентов в индустриально развитых странах в мирное время. Данные ЮНИСЕФ показывают, что тенденции общественного здоровья подростков (демографические показатели, заболеваемость, смертность) в разных странах СНГ и Восточной Европы имеют сходную динамику, а последствия рискованного поведения существенно хуже, чем те, которые характерны для их сверстников на Западе [2, 6, 7].

Таким образом, в современных условиях социально-экономических преобразований, характеризующихся значительным ухудшением состояния здоровья населения в целом и конкретно детско-подросткового его контингента в частности становится очевидной необходимость решения важнейшей государственной задачи — улучшение, сохранение и поддержание высокого уровня здоровья подростков [3].

Результаты Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. подтвердили тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся за прошедший десятилетний период: снижение доли здоровых детей (с 45,5 до 33,89 %) с одновременным увеличением вдвое удельного веса детей, имеющих хроническую патологию. Ежегодный прирост общей заболеваемости у подростков составляет 5–7 % [6].

Это характерно не только для России в целом, но и на региональном уровне, в частности для Иркутской области. На территории Иркутского региона результаты диспансеризации детского населения выявили преобладание в структуре заболеваемости таких классов болезней как болезни органов дыхания (23,7–34,0 %), болезни органов пищеварения (6,2–14,7 %) и болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (3,5–11,2 %). То есть на первые позиции выходят классы, на которые существенное влияние оказывают такие социальные факторы как недостаток сбалансированного питания, психоэмоциональный стресс, значительная школьная нагрузка и др. Вместе с тем, анализ состояния здоровья детей, исходя из таких критериев как «не имеет хронической патологии» и «наличие хронической патологии», свидетельствует, что до 7 лет уровень здоровых детей превышает показатель больных, а в возрастной группе 8–16 лет выше показатели больных детей и к 17 годам эти показатели практически равны. Такая динамика говорит о том, что основная концентрация хронической патологии характерна для возрастной группы 8–17 лет и ее наибольший пик фиксируется к подростковому возрасту 15–16 лет. Так, оценка физического развития детей 15–17 лет

в Иркутской области за период 2003–2005 гг. выявила снижение удельного веса подростков, отнесенных к первой группе здоровья с 22,7 % до 17,0 %, и, увеличение подростков, отнесенных ко второй и третьей группам, соответственно с 49,7 до 53,5 % и с 24,2 до 26,2 %. Как следствие этого регистрируется рост удельного веса подростков в подготовительной физкультурной группе с 11,6 до 13,5 % и в специальной физкультурной группе с 6,3 до 6,8 %.

Важнейшей проблемой является состояние психического здоровья подростков. Анализ показателей психических расстройств у подросткового населения области свидетельствует о динамике их роста, с 2003 г. они у юношей увеличились на 6,3 %, у девушек — на 28,1 %. Распространенность психических заболеваний у подростков на 21,0 % выше, чем у детей. Значительно возросло число детей групп высокого медико-социального и биологического риска. За последние 10 лет число самоубийств среди подростков увеличилось в 1,8 раза. По данным последних опросов, мысль о самоубийстве возникла у 19,0 % юношей и 43,0 % девушек. Хотя склонность к самоубийству типична для периода взросления во всех странах, уровень суицидов в России — один из самых высоких в мире [6, 7].

Особую значимость в современных условиях приобретает проблема репродуктивного здоровья подростков. В Иркутской области к 2005 г. за трехлетний период регистрируется рост показателей гинекологической заболеваемости среди девушек: воспалительные заболевания на 9,7 %, расстройства менструации на 11,4 %. В 2004 г. увеличилась частота аборт у девушек 15–19 лет на 1,8 %. Ряд авторов отмечают, что у 75–86 % девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10–15 % — гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность. Частота гинекологических заболеваний за последние пять лет увеличилась в три раза. С возрастом распространенность гинекологических нарушений возрастает более чем в 2,5 раза — со 116,2 в 14 лет до 297,0 на 1 000 осмотренных в 17 лет [6].

Репродуктивное здоровье юношей также вызывает серьезную тревогу. Так, В.К. Юрьев (2000) и соавт. отмечает, что 2,2 % юношей нуждаются в андрологическом оперативном лечении и наиболее это характерно для возрастной группы 14–16 лет. Около 60 % заболеваний у мальчиков и юношей в возрасте 14–17 лет могут представлять реальную угрозу их бесплодия в будущем [8].

Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем России, причем молодые люди часто не готовы к половой жизни ни физиологически, ни психологически: у них нет достаточных знаний об инфекциях, передающихся половым путем, о возможности отрицательных последствий раннего начала половой жизни и прерывания беременности.

Национальным бедствием является распространение среди детей и подростков наркомании, токсикомании, алкоголизма, табакокурения, безнадзорности и беспризорности, правонарушений

несовершеннолетних, жестокости, таких последствий ранней сексуальной активности, как аборты, роды, юное материнство, инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ и пр.

Численность подростков, злоупотребляющих алкоголем, составила 827,1 на 100 тыс. подростков, что выше ее уровня в населении в целом в 3 раза (МЗ РФ, 2003). Среди токсикоманов и наркоманов несовершеннолетние составляют половину. Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет в наибольшей мере подвержены инфекциям, передаваемым половым путем. По данным МЗ РФ (2003), зарегистрировано свыше 52 тыс. больных в возрасте до 17 лет.

На подростковый возраст приходится также половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека. Удельный вес 15–20-летних среди ВИЧ инфицированных составляет 21 %. В Иркутской области в структуре ВИЧ-инфицированных подростков юноши составляют 67,9 %, удельный вес девушек составил 32,1 %. В последние годы эпидемия из концентрированной фазы (среда наркоманов) переходит на все население. В настоящее время почти четверть ВИЧ инфицированных подростков заразились при гетеросексуальных половых контактах [6].

Вызывает тревогу состояние здоровья юношей, подлежащих военному призыву, поскольку от данного контингента зависит обеспечение такого стратегически важного направления в государстве как обороноспособность и безопасность государства. По результатам медицинского освидетельствования юношей в Иркутской области при первоначальной постановке на воинский учет в 2005 г. в 32,3 % случаев в структуре признанных негодными к службе в армии выявлены психические расстройства. В основном это расстройства личности, олигофрения. На втором ранговом месте стоят заболевания эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ (29,4 %), на третьем месте (8,2 %) — болезни костно-мышечной системы. Остается высоким процент (59 %) юношей из категории негодных к службе, у которых впервые выявлены заболевания при первоначальной постановке на воинский учет, что свидетельствует о недостаточной работе по раннему выявлению заболеваний у данного контингента подростков.

За период 2003–2005 гг. в Иркутской области регистрируется рост на 5,5 % числа подростков-инвалидов, прирост показателя инвалидности подростков в 2005 г. на 18,6 % выше показателя 2003 г. В структуре инвалидности преобладают психоневрологические заболевания, нарушения зрения и слуха, существенное значение в подростковом возрасте имеют такие причины инвалидизации, как заболевания костно-мышечной системы и сахарный диабет [4, 5].

Настораживает также то, что среди подросткового контингента населения области регистрируется высокая смертность, в структуре которой преобладают травмы, отравления, внешние причины (77,8 %), среди них убийства составляют 21,2 %, суициды — 19 %. Второе ранговое место занимают

не установленные причины и третье — новообразования. Среди умерших юноши составляют — 83 %, девушки — 17 %. Относительно показателя 2004 г. рост показателя смертности подростков составил 13,0 %, а его уровень 15,6 на 10 000 подросткового населения.

Учитывая всю важность отмеченных проблем и специфику детско-подросткового периода развития человека необходимо отметить то, что особенность ситуации, в которой оказались современные российские подростки, заключается в том, что их переходный период совпал с переходным периодом общества, сложности подростков наслоились на сложности общества, и произошло потенцирование проблем [6, 7].

В нашей современной культуре нет коротких инструкций по мужественности или женственности. Нет тестов, определяющих стали ли мальчики или девочки мужчинами или женщинами. Нет общественных церемоний, отмечающих их переход из детства во взрослость, и нет видимых признаков этого нового статуса. Сегодня подростковость определяется несколько растянутым периодом от 10 до 17 лет. Наши дети учатся, как быть мужчинами и женщинами не из лекций, осторожно читаемыми им взрослыми, а из наблюдений за ними и за их жизнью. Часто модели жизни взрослых выносятся подростками из семей. Если количество и качество этого контакта наблюдения нарушены, лимитированы или отсутствуют, компонент уроков по мужественности или женственности может быть извлечен с улицы или из средств массовой информации [11, 12].

Сегодняшние подростки — это те дети, которые родились в самое трудное время начала 90-х годов. Поэтому в ближайшие годы общество столкнется с серьезными проблемами здоровья и социализации молодежи. На этом фоне организации медико-социальной помощи подросткам становится все более значимой и актуальной [6, 7].

Подростковый период 15–17 лет — период развития большинства проблем поведения, определяемый во всех подростковых популяциях. Переход в эту стадию так драматичен, что кажется, что он происходит за одну ночь. В этой стадии большинство подростков начинает процесс освобождения от ограничений структур, обеспечивающих их детство. Во многих семьях борьба за свободу проходит в конфликтах, связанных с родительским контролем и авторитетом. Часто борьба происходит вне стен дома с участием авторитетов другого уровня: школы, правоохранительных органов [7, 11, 12].

Изменение социально-экономических условий, увеличение продолжительности социализации подростков, возрастание потребностей подростков при фактическом отсутствии их социального статуса, нарастание семейной дезадаптации и увеличение числа семей в кризисных ситуациях (представляющих угрозу физическому и психическому здоровью подростков), усугубление характерной для молодежи психосоциальной деза-

даптации привело к возрастанию роли социальных факторов в ухудшении соматического, психического и репродуктивного здоровья. Сегодня подростков можно отнести к наиболее социально незащищенным слоям общества [6], требуются дополнительные меры помощи подрастающему поколению, особенно в экстремальной социально-политической и экономической ситуации [7, 9, 10].

В повседневной практике мало внимания уделяется межсекторальному сотрудничеству в деле для реализации насущных потребностей подростков с участием органов и учреждений социальной сферы. Однако с учетом всего сказанного на современном этапе действия общества и государства должны быть направлены на адекватную медико-социальную помощь подрастающему поколению, т.е. комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях, непосредственно на уровне ЛПУ, интегрированных межсекторально — с участием органов и учреждений социальной сферы — осуществляемых мероприятий: медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических и иных, призванных укреплять социальную защищенность населения, особенно самых уязвимых его слоев, улучшить условия для преодоления человеком трудностей при возможно самом активном его участии [9, 10]. Осознавая это, приходится констатировать, например, что сегодня в детских поликлиниках преимущественно не представлены детские психологи. Объясняется это отсутствием нормативной базы на Федеральном уровне для введения в штаты детских амбулаторно-поликлинических учреждений специалистов данного профиля. Однако проблемы социально-психологического плана особенно в подростковом возрасте часто выходят на первые позиции и необходимость их решения на современном этапе чрезвычайно высока.

Решение отмеченных проблем предусмотрено Конвенцией ООН о правах ребенка, и в соответствии с ней в России в настоящее время осуществляется реформа медицинского обеспечения подростков. Программа Минздрава РФ и РАМН «О мерах по улучшению состояния здоровья детей Российской Федерации на 2004 — 2010 гг. (по итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 г.)» нацеливает на совершенствование организации медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья детей подросткового возраста, как мальчиков, так и девочек, профилактике ИППП, ВИЧ; создание психолого-консультативных служб, формирование здорового образа жизни. Это, несомненно, потребует и введения новых организационных форм в оказании медицинских услуг подросткам.

В разных странах существуют разные модели оказания медико-социальной помощи подросткам и молодежи: от выездных форм работы до оказания помощи в специализированных лечебно-профилактических учреждениях и медико-социальных центрах. В качестве примера показателен опыт США, где

во всех административных образованиях штата Джорджия организованы центры комплексной медицинской помощи для подростков 10 — 19 лет. Центры обеспечивают медицинскую помощь, включая вопросы планирования семьи, лечения ИППП, профилактику подростковой беременности. Кроме того, задачи центров состоят в пропаганде воздержания, обучении эффективному применению контрацепции, уменьшении числа первичных и повторных беременностей, изменении рискованного поведения молодежи (курение табака, потребление алкоголя и наркотиков), профилактике насилия и суицидов, пропаганде рационального питания. Важное направление деятельности центров — проведение тренингов по выработке жизненных навыков.

Альтернативные организационные формы медицинского обеспечения и медико-социальной помощи подросткам существуют и в нашей стране: подростковый медицинский Центр в г. Москве, медико-педагогическая школа в г. Ярославле. В последнее время при поддержке Всемирной организации здравоохранения, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации широко пропагандируется проект Фонда народонаселения ООН (ЮНФПА) «Клиники, дружественные к молодежи» (КДМ). Речь идет об учреждениях, оказывающих комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья [6].

Таким образом, вполне очевидно, что у подростка есть особые медико-социальные потребности и специфические проблемы. Опыт отечественной и западной медицины указывает на необходимость изменения отношения к охране здоровья подростков и соответственно создания служб, способных решить проблемы здоровья и рискованного поведения современных подростков. Именно поэтому для молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Е.И. Научно-методические подходы создания комплексной программы по оздоровлению детей и подростков в образовательных учреждениях / Е.И. Архипова // Сб. науч. тр. Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН / Под ред. член-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. — 2003. — Т. 1. — С. 163 — 172.
2. Баранов А.А. Социальные и организационные проблемы педиатрии: Избранные очерки / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. — М., 2003.
3. Гайдаров Г.М. Медико-социальные аспекты охраны здоровья подростков на современном эта-

пе / Г.М. Гайдаров, В.В. Долгих, Д.В. Кулеш // Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения в условиях ОМС: Сб. статей / Под общей ред. д.м.н., профессора Г.М. Гайдарова. — Иркутск, 2005. — Выпуск 5.

4. Камаев И.А. Медико-социальные и социально-психологические аспекты здоровья старшекласников / И.А. Камаев, Л.И. Павлычева, О.Л. Васильева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 2. — С. 10—12.

5. Камаев И.А. Медико-социальные проблемы детской инвалидности: региональные аспекты / И.А. Камаев, М.А. Позднякова // Социальная медицина на рубеже 21 века: Сборник статей / Под ред. докт. мед. наук, проф., акад. МАНЭБ Б.А. Войцеховича. — Краснодар, 1999. — С. 197—204.

6. Клиники дружественные молодежи: Руководство для врачей и организаторов здравоохранения. — М.: ЮНИСЕФ, 2006. — 60 с.

7. Проблемы подросткового возраста (избранные главы) / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. — М.: РАМН, Союз педиатров России, Центр информации и обучения, 2003. — 480 с.

8. Репродуктивный потенциал мальчиков — будущих отцов / В.К. Юрьев, Т.Ю. Кожуховская, Г.И. Куценко, Д.В. Заславский. — СПб., 2000. — 170 с.

9. Чичерин Л.П. Подросток в детской поликлинике: проблемы и основные пути решения: Метод. пособие / НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН. — Москва, 1999. — 169 с.

10. Чичерин Л.П. Актуальные вопросы развития медицинской помощи детям и подросткам / Л.П. Чичерин, А.Л. Линденбратен, И.А. Лешкевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2001. — № 5. — С. 46—50.

11. Robert L. Johnson // Pediatrics in Review. — Vol. 16, N. 4.

12. <http://www.medolina.ru>