

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДИРЕКТОР
ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
Александр Александрович
Баранов



ДИРЕКТОР
НИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ПЕДИАТРИИ
И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ФГБНУ «НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
Лейла Сеймуровна
Намазова-Баранова



Подростковый период детства (от 10 до 17 лет включительно) – вторая декада жизни, когда закладывается физический, психологический, репродуктивный базис человека.

В последние годы в нашей стране отмечается снижение численности детей подросткового возраста. В 2013 году их число составило 9,9 млн человек. За период с 1999 по 2013 год включительно численность подростковой популяции уменьшилась на 9,3 млн человек, или на 48,4%. В этой ситуации сохранение жизни и здоровья каждого подростка приобретает для государства стратегическое значение, а подростковый контингент в целом требует приоритетного внимания со стороны государства, общества и семьи.

Важнейшим критерием при оценке состояния здоровья детей, в том числе подросткового возраста, является физическое развитие, отражающее влияние различных факторов на растущий организм. По результатам наблюдений в 1990–2012 годах, во всех группах школьников в возрасте 10–15 лет отмечается достоверное увеличение длины, массы тела и окружности грудной клетки по сравнению со сверстниками предыдущих десятилетий. Показатели мышечной силы правой руки снизились у мальчиков на 8,9–9,8 кг, у девочек – на 7,9–9,4 кг. В процессе обучения школьников к старшим классам уменьшается число подростков с дисгармоничным физическим развитием: 6–8% юношей и девушек имеют дефицит и 7–9% – избыток массы тела.

Другим важным параметром, характеризующим состояние здоровья, является уровень и структура заболеваемости. По данным официальной статистической отчетности, за период с 2000 по 2013 год общая заболеваемость среди детей старшего подросткового возраста (15–17 лет включительно) увеличилась с 151 141,0 до 226 780,3 на 100 тыс. подростков, первичная – с 91 378,1 до 141 833,8.

Рост уровня заболеваемости отмечен в основном за счет болезней органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы, системы пищеварения, нервной системы, травм и отравлений. В структуре болезней они составляют более 80%.

Официальные статистические данные о заболеваемости в подростковой среде далеки от ее истинного уровня. С целью установления реальной картины ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» по специально разработанной методологии провел многоцентровое исследование заболеваемости детского населения, охватившее более 300 тыс. детей, из которых около 70 тыс. составили подростки 15–17 лет. Установленные в ходе исследования показатели истинной (исчерпанной) заболеваемости превысили данные официальной статистики: в больших городах – в 2 раза (4403 против 2122 случаев на 1 тыс. подростков); в малых городах –

в 1,7 раза (3648 против 2166) и в сельских районах – в 1,5 раза (3507 против 2290).

Первые три ранговых места в структуре исчерпанной заболеваемости представлены болезнями органов дыхания. Далее следуют болезни костно-мышечной системы и органов пищеварения. Следует особо подчеркнуть, что значительная часть болезней, относящихся к перечисленным классам, предотвратима при проведении адресных и дифференцированных профилактических мер.

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что в процессе обучения прогрессивно увеличивается число подростков, относимых к III–IV группам здоровья, соответственно, уменьшается число школьников I и II групп здоровья. Так, если в возрасте 10 лет к I–II группам здоровья относятся 52,6% школьников, то в возрасте 15 лет – 33,5%. К III–IV группам здоровья – 48,4 и 66,5% соответственно. Частота хронической патологии в процессе обучения от 5-го класса к 9-му возросла на 53,9% (с 671 до 1033 на 1 тыс. осмотренных).

Важным показателем является состояние психического здоровья подростков. По данным официальной статистической отчетности, в 2013 году число больных психическими и поведенческими расстройствами среди подростков 15–17 лет составило 266 тыс. человек. За последнее десятилетие общая заболеваемость подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения увеличилась на 11,3%.

Среди психических расстройств наиболее частыми являются поведенческие синдромы, непсихотические и невротические расстройства, связанные со стрессом, а также соматоформные нарушения, частота которых за последние 15 лет возросла на 53,9% – с 232,9 до 372,5 на 100 тыс. подростков в возрасте 15–17 лет.

Результаты сравнительного анализа статистических показателей заболеваемости психическими расстройствами подростков, проживающих в городах и сельской местности, показывают более высокие темпы роста заболеваемости детей, проживающих в сельских районах. Выявлен ряд негативных факторов, влияющих на заболеваемость подростков этой социальной группы: социально-демографические причины (изменение численности населения, отток из сел более активного, адаптированного и, следовательно, здорового населения), а также недостаточно эффективная организация психиатрической помощи подростковому населению в сельской местности.

Высокие показатели общей заболеваемости подростков могут быть следствием более яркого клинического проявления и структурирования психических расстройств в подростковом возрасте.

Важнейшей социальной проблемой, связанной с состоянием психического здоровья, является употребление детьми и подростками психоактивных веществ (ПАВ). Частота психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в 2013 году составила 2367,1 на 100 тыс. 15–17-летних, это около 30% в структуре всех психических и поведенческих расстройств.

Как одну из медико-социальных проблем следует рассматривать неуклонный рост пограничных психи-

ческих состояний. По данным ФГБНУ «Научный центр здоровья детей», клинически очерченные формы пограничных психических нарушений встречаются у 10% учащихся образовательных организаций. У 60% подростков определяются так называемые предболезненные психические расстройства. Пограничные нарушения различной степени выраженности выявляются у 55,6% подростков старшего возраста. До 70% выросло число лиц с акцентированными характерологическими особенностями. Это повышает риск возникновения социальных девиаций и невротических расстройств фобического и депрессивного типа.

Важнейшим медико-социальным показателем подросткового благополучия является состояние репродуктивного здоровья, которое напрямую влияет на демографическую ситуацию в стране.

Согласно официальным статистическим данным о результатах диспансеризации детей в возрасте 14 лет, в 2012 году 12,6% вновь выявленных заболеваний связаны с нарушениями репродуктивной функции.

За последние 10 лет среди девушек в возрасте 15–17 лет в 5,3 раза возросла частота расстройств менструаций (с 1007 до 5319 на 100 тыс. детей соответствующего возраста), а также в 1,4 раза – заболеваемость сальпингитами и оофоритами (с 1251 до 1735). По данным специальных исследований, частота расстройств менструации среди 15–17-летних в 3 раза выше, чем по данным официальной статистики.

Проблемы репродуктивного здоровья тесным образом сопряжены с отклонениями репродуктивного поведения девочек-подростков. Опыт сексуальных отношений к 18 годам имеют 41,9% девочек-подростков, в том числе до 15 лет – 3,9%, к 16 годам – 11% и к 17 годам – 24%. В различных регионах России 19% девушек 15–19 лет имеют двух и более партнеров в течение года. Наиболее раскрепощенными в отношении сексуальных контактов являются учащиеся школ и вузов.

Россия сохраняет лидерство в Европе по количеству рождений и аборт у лиц в возрасте до 20 лет. Серьезной проблемой на сегодня является сохранение постоянной величины доли абортов у первобеременных (11,2–11,5% от общего числа абортов), в основном за счет подросткового и молодежного контингента. По данным Росстата, в 2013 году прервали беременность 11 884 девушки-подростка.

О серьезных проблемах с сохранением репродуктивного здоровья мужской части подросткового контингента свидетельствуют следующие данные: за последние 10 лет частота андрологических болезней среди детей всех возрастов увеличилась в 1,5 раза. Более 50% юношей-подростков имеют заболевания, которые в дальнейшем могут ограничить реализацию репродуктивной функции.

Крипторхизм встречается у 30% недоношенных и 4% доношенных новорожденных. Ежегодно в России рождается около 500 человек с синдромом Клайнфельтера, около 5 тыс. – с гипоспадией, около 150 – с эписпадией и экстрофией мочевого пузыря. Варикоцеле, пик которого приходится на пубертатный период развития



мальчика, в возрасте 14–15 лет встречается с частотой 140–190 на 1 тыс. детей соответствующего возраста.

При всей остроте проблемы охраны репродуктивного здоровья число специалистов детского профиля по гинекологии и урологии-андрологии не превышает 8–10% от общего числа гинекологов и урологов, что крайне недостаточно. При этом в номенклатуре отсутствует специальность «детская гинекология», что во многом затрудняет эффективную работу по профилактике, раннему выявлению и лечению нарушений репродуктивной сферы у девочек.

В Российской Федерации в 2013 году было зарегистрировано 521,6 тыс. детей-инвалидов, частота инвалидности составила 196,8 на 10 тыс. детского населения. Число инвалидов подросткового возраста (10–17 лет) – 271 287 человек (2002 год – 407 654). Наиболее высока частота инвалидности в старшей подростковой группе (15–17 лет), она составила в 2013 году 322,6 на 10 тыс. детей соответствующего возраста. В возрастной структуре детской инвалидности наибольший удельный вес (32,2%) приходится на детей младшего подросткового возраста (10–14 лет).

В основе формирования инвалидности лежит заболевание, приводящее к таким последствиям, из-за которых ребенок не может вести обычную жизнь, свойственную его возрасту. Психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития стабильно занимают более 60% в структуре болезней, обусловивших инвалидность. Около 20% нозологической структуры инвалидности относится к последствиям инфекционных заболеваний и к соматическим заболеваниям.

Следует отметить, что при росте частоты болезней органов дыхания, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы распространенность инвалидности, обусловленной этими заболеваниями, снижается.

По мнению экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ, число детей-инвалидов среди всего детского населения в России должно составлять не менее 3%. Официальная статистика в 2013 году зарегистрировала 521,6 тыс. детей-инвалидов, то есть менее 2% детского населения (26,5 млн человек). Таким образом, ориентировочно не учтено не менее 260 тыс. детей, более половины из которых – подростки (результат несовершенства действующего законодательства и нормативных правовых актов).

Структура инвалидности по ведущему ограничению жизнедеятельности остается постоянной. Вместе с тем распространенность инвалидности в связи с ограничением способности адекватно вести себя, передвигаться, владеть телом, действовать руками с годами увеличивается, достигая максимальных значений в возрасте 15–17 лет. Ограничение жизнедеятельности в виде неспособности ухаживать за собой и общаться с окружающими наиболее распространено в возрасте 10–14 лет. Ограничение способности контролировать свое поведение и обучаться увеличивается в старшем подростковом возрасте.

Российская Федерация Федеральным законом от 5 мая 2012 года №46-ФЗ ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов. Данный акт должен создать дополнительные гарантии обеспечения, защиты и развития социальных и экономических прав инвалидов, а также послужить ориентиром для дальнейшего совершенствования правового регулирования в сфере социальной защиты данной категории граждан.

Однако классификации и критерии, используемые в настоящее время при осуществлении медико-социальной экспертизы, разработанные на основе Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (1980 год), не обеспечивают объективность и достоверность оценки ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов, не учитывают влияние на жизнедеятельность инвалида факторов окружающей среды, возрастные критерии ограничений жизнедеятельности и функциональное состояние.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), принятая ВОЗ в 2001 году, основана на усовершенствованных и объективизированных подходах к определению нарушений функций организма в возрастном аспекте (у детей) и вызванных ими ограничений жизнедеятельности. Переход на использование МКФ в Российской Федерации при решении экспертных вопросов необходим для более эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов.

Государственную политику в области социальной защиты инвалидов, в том числе детей, относящихся к данной категории, определяет Федеральный закон от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Наряду с положительными сторонами, в данном законе есть определенные недоработки: не дано четкое определение медико-социальной экспертизы детей-инвалидов, а также отсутствуют статьи, касающиеся как комплексной реабилитации, так и организации жизнедеятельности детей-инвалидов. Не определены механизмы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации. Введением понятий «неспособность к обучению», «неспособность к общению» в законе ограничиваются права детей-инвалидов в отношении получения образования и социализации.

В последние годы отмечается постоянное снижение смертности подростков, однако в возрастной структуре смертности детского населения подростки продолжают составлять значительную долю (2012 год – 20,3%). В 2012 году умерло 7980 человек в возрасте 10–19 лет, среди них 1979 человек в возрасте 10–14 лет (младший подростковый возраст).

За последние 10 лет снижение смертности детей в подростковом возрасте наблюдается почти от всех причин. Наиболее значимым было снижение частоты случаев смерти подростков от инфекционных заболеваний (на 50%), травм и отравлений (на 37,4%), новообразований (на 27,3%). Медленнее снижается



смертность от болезней нервной системы (на 23,7%) и органов дыхания (на 20,8%).

В сравнении с периодом детства более 70% (в 2012 году – 73,6%) случаев смерти в подростковом возрасте определяется внешними причинами, на фоне которых все остальные выглядят как малозначимые. На втором ранговом месте среди причин смерти остаются новообразования (5,9%), на третьем – болезни системы кровообращения (5,4%).

Основными внешними причинами смертности подростков являются самоубийства, на которые приходится около одной четверти случаев смерти (24,3%). Особую обеспокоенность вызывает рост уровня суицидов. Если в 2009 году было зарегистрировано 260 подростковых суицидов, то в 2012 году – уже 487.

На долю дорожно-транспортных происшествий приходится 23,9% всех случаев смерти от внешних причин. Каждое девятое дорожно-транспортное происшествие происходит с участием несовершеннолетних. Случайные отравления в структуре причин смерти занимают 9,4%. Кроме того, значимыми внешними причинами смерти российских подростков являются утопления (6%) и убийства (5,5%).

На становление здоровья подростков значительное влияние оказывают условия и образ жизни. В настоящее время они характеризуются: значительными учебными нагрузками, интенсификацией учебного процесса, неудовлетворительной организацией и ухудшением качества питания, чрезмерно высокой либо низкой физической активностью, высокой занятостью дополнительным образованием, регулярной и продолжительной работой за компьютером, несоблюдением возрастных регламентов режима дня, стереотипами поведения, ориентированными на нездоровый образ жизни, частым совмещением учебы с работой.

Все эти негативные факторы достаточно распространены среди современных подростков и, соответственно, оказывают отрицательное влияние на формирование здоровья в период интенсивного роста и развития организма. Из представленных данных о заболеваемости, инвалидности и смертности подростков очевидным становится влияние особенностей их здоровья на трудовой, интеллектуальный, репродуктивный и оборонный потенциал России.

Так, рост заболеваемости подростков влечет за собой увеличение социальной дезадаптированности и дезинтегрированности. Среди подростков-старшеклассников отмечается значительная доля лиц (65,9%), которые по состоянию здоровья имеют ограничения в выборе профессии и профиля профессионального обучения, что снижает трудовой потенциал государства.

Ухудшение репродуктивного здоровья юношей и девушек определяет репродуктивные потери государства, которые напрямую влияют на демографическую ситуацию в стране. Около 3 млн супружеских пар в России являются бесплодными. При этом до 40% супружеского бесплодия обусловлено андрологической или эндокринной патологией у мужчин. В 50% случаев причиной служит женское бесплодие как результат патологии ре-

продуктивной системы и отдельных экстрагенитальных заболеваний; 10% бесплодных браков являются следствием заболеваний обоих супругов.

Неудовлетворительное состояние здоровья молодых людей является угрозой и оборонному потенциалу. При первоначальной постановке граждан на воинский учет (ППВУ) в 2013 году освидетельствовано более 630 тыс. юношей. При этом заболевания выявлены у 59,1%, у 23,9% заболевания диагностировались впервые. По результатам обследования каждый второй юноша (52,7%) признавался временно не годным, ограниченно годным и не годным к военной службе, то есть у него были выявлены выраженные хронические заболевания с нарушением функций органов или систем, препятствующие призыву на военную службу.

Увеличивается число юношей, направляемых на дополнительное обследование для уточнения диагноза. В 2013 году при ППВУ на дополнительное обследование направлено более 108 тыс. юношей, или 17,1% от общего числа освидетельствованных (2010 год – 15,5%). Этот факт говорит о недостаточно качественном обследовании и наблюдении подростков на этапе до ППВУ.

Таким образом, очевидно, что решение проблемы охраны здоровья подростков требует системного подхода в рамках совершенствования законодательства, разработки и реализации специальных федеральных и региональных программ. Основным механизмом реализации таких программ должно быть проведение целенаправленных, скоординированных действий федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти, служб государственной и муниципальной систем здравоохранения, социальной защиты, образования и спорта, органов местного самоуправления, научных и общественных организаций.

Представленные данные позволяют сформулировать перечень долгосрочных и краткосрочных мероприятий, направленных на радикальное совершенствование системы охраны здоровья подростков в Российской Федерации. Основой этого совершенствования должно стать принятие федерального закона об охране здоровья детей.

С целью повышения доступности и качества медицинской реабилитации детей с хронической патологией и детей-инвалидов целесообразно создать равноуровневую систему оказания помощи, включающую федеральный научно-методический центр медицинской реабилитации, межрегиональные и региональные лечебные центры, отделения медицинской реабилитации в поликлиниках, домах ребенка, центральных районных больницах.

С целью совершенствования системы мер по охране репродуктивного здоровья необходимо обеспечить развитие службы детской урологии-андрологии и гинекологии с учетом реальных потребностей подростков в данных видах медицинской помощи, а также ввести в Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников специальность «детский гинеколог».

Необходимо восстановить систему медицинской помощи детям в образовательных учреждениях путем воссоздания медицинских кабинетов, их оснащения сов-



ременным медицинским оборудованием, а также социальной поддержки врачей и среднего медицинского персонала, работающих в образовательных организациях.

Для объективизации медико-социальной экспертизы следует обеспечить внедрение классификаций и критериев установления инвалидности, разработанных с учетом положений МКФ, а также разработать и внедрить критерии оценки эффективности медицинской реабилитации.

Необходимо выделить в государственной статистической отчетности, определяющей состояние здоровья детского населения (заболеваемость, инвалидность, смертность и др.), данные по возрастным группам де-

тей и подростков 0–4 лет, 5–9 лет, 10–14 лет, 15–17 лет. Кроме того, необходимо регулярно анализировать состояние здоровья подростков, как на основе научных исследований, так и при оценке официальных статистических данных.

Решение указанных задач требует межведомственного подхода и скоординированных действий различных органов исполнительной власти. Реализация предложений позволит снизить заболеваемость, инвалидность и смертность подростков в Российской Федерации, тем самым повысить их социальную адаптированность, значительно улучшить интеграцию в современное общество.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ:
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ДИРЕКТОРА ПО НАУЧНОЙ РАБОТЕ
НИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ
И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФГБНУ НЦЗД
А.Г. Ильина