

А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, А.Г. Ильин

Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

## Сохранение и укрепление здоровья подростков — залог стабильного развития общества и государства (состояние проблемы)

В статье представлены данные о динамике численности подросткового населения (10–17 лет) в Российской Федерации за период 1995–2012 гг. В условиях сокращения подросткового населения на 8,2 млн человек обоснована приоритетная задача государства, общества и семьи по сохранению здоровья и жизни каждого подростка. Представлены сведения о физическом развитии школьников в возрасте 15–19 лет: увеличение длины, массы тела, окружности грудной клетки, а также снижение силовых возможностей по сравнению со сверстниками 80-х гг. На основании анализа данных официальной статистической отчетности выявлен рост общей заболеваемости за последние 10 лет в 1,4 раза. Установлено, что истинный уровень заболеваемости выше официального в 1,5–2 раза. На возрастном отрезке от 10 до 15 лет число подростков, относимых к I–II группам здоровья, снизилось почти на 20%, при этом патологические процессы принимают хроническое течение. Проанализировано состояние психического и репродуктивного здоровья подростков в возрасте 15–17 лет за последние 10 лет. Установлена более высокая частота нарушения психического здоровья среди сельских подростков по сравнению с городскими сверстниками — в 1,2–1,4 раза. Увеличилось число нарушений менструаций, сальпингитов и оофоритов среди девочек в возрасте до 10 лет и девушек 15–17 лет. Проанализированы уровень и структура детской инвалидности. Установлено, что ведущими причинами инвалидности в подростковом возрасте являются психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные аномалии. Ведущим ограничением жизнедеятельности является «способность к обучению». Показано, что в Российской Федерации имеется недоучет как детской инвалидности в целом, так и инвалидности среди подростков. Проанализированы и выявлены недостатки отдельных положений законодательства по медико-социальным проблемам детской инвалидности. Изучен уровень смертности подросткового населения: основной причиной смерти подростков являются внешние (более 70%), среди которых ведущими — самоубийства. Велика роль дорожно-транспортных происшествий и случайных отравлений. Проанализированы медико-социальные последствия высокой заболеваемости, инвалидности и смертности подростков как трудового, репродуктивного и военного потенциала общества и государства. На основании анализа представленных данных сформулированы кратко- и долгосрочные мероприятия по снижению заболеваемости, инвалидности и смертности подростков. Предполагается решение проблем здоровья подростков на государственном и отраслевом уровне (здравоохранение, образование, социальная защита). **Ключевые слова:** подростки, заболеваемость, инвалидность, смертность, репродуктивное и психическое здоровье подростков, медико-социальные последствия ухудшения здоровья подростков, меры по улучшению здоровья подростков. (Вестник РАМН. 2014; 5–6: 65–70)

65

A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova, A.G. Il'in

Scientific Centre of Children's Health, Moscow, Russian Federation

## Maintenance and Health Promotion of Adolescent — Pledge of Sustainable Development of Society and State (Current Status of the Issue)

The article presents submitted data of population dynamics of adolescent (10–17 years old) in Russian Federation over the period of 1995–2012. In the presence of reduction by 8,2 million of adolescent population the top-priority task of adolescent health and life maintenance was declared. The article deals with physical growth and development statistics of schoolchildren of 15–19 years old: as opposed to peers of 80-es increase of length, body weight and circumference of chest as well as reduction of muscle strength is observed. On the ground of the data analysis of authoritative statistical reporting the increase of morbidity rate by factor of 1,4 was detected over the last 10 years. It has been established that the true morbidity level is above the authoritative by the factor of 1,5. The number of adolescent at the age of 10–15 referred to 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> health groups decreased almost on 20%, at the same time pathological processes become chronic. The reproductive and mental health of adolescent at the age of 15–17 years was analyzed over the last 10 years. The rate of mental health disorders in adolescent living in country is more than in the peers living in cities by the factor of 1,2–1,4. The rate of period disorders, salpingitis and oothecitis increased in girls under 10 years and ones at the age of 15–17. The rate and structure of child disability was analyzed. It was fixed that leading causes of adolescent disability are mental disorders, diseases of nervous system, congenital anomalies. The most commonly encountered seed of physical dysfunction is capacity to study. It is demonstrated that there is misreporting on both child disability in totally and adolescent disability in Russian Federation. After the analysis of particular provisions of legislation concerning medical and social issues of child disability the week points were detected. The morbidity rate of adolescent was studied: primary cause of death in adolescent is extrinsic factor (more than 70%), the leading one is suicide. Road traffic accidents and accidental poisoning comes then. The medical and social consequences of high morbidity, disability and mortality rates of adolescent were considered as labour, reproductive and military potential of society and state. Short-term and long-term plans focused on decrease of morbidity, disability and mortality rates of adolescent were formulated on the basis of submitted data. search for solution is supposed to be nationwide and local as well (public health service, education, social protection). **Key words:** adolescent, youth, morbidity, disability, mortality, reproductive and mental health of adolescent, medical and social consequences of health deterioration of adolescent, health remedy measures of adolescent.

(Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk — Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. 2014; 5–6: 65–70)

В соответствии с Конвенцией Организации Объединенных Наций (ООН) о правах ребенка период детства определяется рамками «от рождения до наступления совершеннолетия». Подростковым периодом детства является возраст с 10 до 17 лет включительно (17 лет 11 мес 29 дней).

Подростковый период — вторая декада жизни, когда закладывается физический, психологический, репродуктивный базис человека для последующей эффективной жизни.

В последние годы отмечается снижение численности детей подросткового возраста [1]. На 1 января 2013 г. в стране число детей подросткового возраста (10–17 лет) составило 10,7 млн человек. За период с 1995 по 2012 г. включительно численность подростковой популяции уменьшилась на 8,2 млн человек, или 43,1%. При этом наиболее значительно (в 2 раза) снизилось число детей старшего подросткового возраста (15–17 лет). За период с 1989 по 2012 г. доля детей подросткового возраста в общей структуре населения сократилась с 11,2 до 7,5%. В этой ситуации сохранение жизни и здоровья каждого подростка приобретает для государства стратегическое значение, а сам подростковый контингент требует приоритетного внимания со стороны государства, общества и семьи.

66

Важнейшим критерием при оценке состояния здоровья детей, в том числе подросткового возраста, является физическое развитие, отражающее влияние различных факторов на растущий организм [2, 3].

По результатам наблюдений в 1990–2012 гг. во всех возрастно-половых группах школьников (10–15 лет) наблюдается достоверное увеличение длины, массы тела и окружности грудной клетки по сравнению со сверстниками предыдущих десятилетий. Показатели мышечной силы правой руки у мальчиков снизились на 8,9–9,8 кг, у девочек — на 7,9–9,4 кг.

В процессе обучения школьников в старших классах уменьшается число подростков с дисгармоничным физическим развитием: 6–8% юношей и девушек имеют дефицит массы тела и 7–9% — избыток массы тела [3].

Другим важным параметром, характеризующим состояние здоровья, является уровень и структура заболеваемости. По данным официальной статистической отчетности, за последние 10 лет (с 2002 по 2012 г.) общая заболеваемость среди детей старшего подросткового возраста (15–17 лет включительно) увеличилась со 163 849,8 до 228 138,6 на 100 000 подростков.

Максимальный рост уровня заболеваемости отмечен за счет болезней органов дыхания, болезней глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы, болезней системы пищеварения, травм и отравлений, болезней нервной системы. В структуре заболеваемости подростков они составляют более 80% [4].

Заболеваемость по обращаемости (официальные статистические данные) в подростковой среде далека от истинной. С целью ее изучения Научный центр здоровья детей по специально разработанной методологии провел многоцентровое исследование заболеваемости детского населения, охватившее более 300 000 детей, из которых около 70 000 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 1000 подросткового населения); в малых городах — в 1,7 раза (3648 против 2166 случаев на 1000 подростков); в сельских районах — в 1,5 раза (3507 против 2290 случаев на 1000 подростков) [5].

Первые 5 ранговых мест, на которые приходится до 75% в структуре исчерпанной заболеваемости, представлены болезнями органов дыхания. На их долю приходится от 25 до 50% всех заболеваний детей школьного возраста. Далее следуют болезни костно-мышечной системы, болезни органов пищеварения, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни нервной системы. Следует особо подчеркнуть, что значительная часть болезней, относящихся к перечисленным классам, предотвратима при проведении адресных и дифференцированных профилактических мер.

Научные исследования свидетельствуют о том, что в процессе обучения прогрессивно увеличивается число подростков, относимых к III–IV группам здоровья, при соответствующем уменьшении числа 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 [6].

Среди школьников отмечен значительный темп прироста распространенности хронической патологии. Ее частота в процессе обучения от 5-го класса к 9-му выросла на 53,9% (с 671 до 1033 на 1000 осмотренных детей) [6, 7].

Важным показателем является состояние психического здоровья подростков. По данным официальной статистической отчетности, в 2012 г. число больных психическими и поведенческими расстройствами среди подростков 15–17 лет составило 279 000 человек. За последнее десятилетие общая заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения подростков 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 10 лет возросла с 244,6 до 372,5 на 100 000 подростков в возрасте 15–17 лет (+52,3%) [6–8].

Результаты сравнительного анализа статистических показателей заболеваемости подростков психическими расстройствами, проживающих в городах и сельской местности, показывают более высокие темпы роста заболеваемости сельских подростков. 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 являться следствием более яркого клинического проявления и структурирования психических расстройств в подростковом возрасте [8].

Важнейшей социальной проблемой, связанной с состоянием психического здоровья, является употребление детьми и подростками психоактивных веществ (ПАВ). Частота психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ в 2012 г., составила 2041,0 на 100 000 15–17-летних, что занимает более 30% в структуре всех психических и поведенческих расстройств. Общая частота расстройств, связанных с употреблением ПАВ, среди юношей выше, чем среди девушек, в 1,8 раз (2549,6 против 1408,1 на 100 000 15–17-летних детей соответствующего пола). Динамика частоты состояний, связанных с употреблени-

ем ПАВ, за последнее десятилетие в целом характеризуется снижением показателя.

Распространенность среди подростков психических расстройств, не связанных с употреблением ПАВ, составила 4755,4 на 100 000 населения данной возрастной группы, причем по сравнению с 2002 г. этот показатель увеличился на 32,4% [4].

Как одну из медико-социальных проблем следует рассматривать неуклонный рост пограничной психической патологии [7]. По данным Научного центра 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% старших подростков. Резко увеличилась частота неврозов — 11,3 на 1000 обследованных подростков. До 70% выросло число лиц с акцентированными характерологическими особенностями. Это повышает риск возникновения девиаций поведения и невротических расстройств фобического и депрессивного типов.

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 г. 12,6% вновь выявленных заболеваний связаны с нарушениями репродуктивной функции.

За последние 10 лет в 1,4 раза возросла заболеваемость расстройствами менструаций у девочек в возрасте до 14 лет (с 3472 до 4925 на 100 000 детей) и в 1,2 раза — у девушек 15–17 лет включительно (с 1007 до 1257 на 100 000 детей соответствующего возраста), а также в 1,4 раза — заболеваемость сальпингитами и оофоритами (с 1251 до 1735 на 100 000 девушек в возрасте 15–17 лет).

Данные специальных исследований в сравнении со сведениями официальной статистики свидетельствуют о том, что частота расстройств менструации выше среди 10–14-летних в 2 раза, а среди 15–17-летних — в 3 раза [9].

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%, к 17 годам — 24%. В различных регионах России 19% 15–19-летних девушек имеют двух и более партнеров в течение 1 года. Наиболее раскрепощенными в отношении сексуальных контактов являются учащиеся школ и вузов.

Актуальной остается проблема распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Хотя среди 15–19-летних девушек в последние 15 лет частота ИППП снизилась в 4–6 раз, тем не менее она остается высокой: в 1,5–2 раза выше, чем в группе девушек в возрасте старше 20 лет.

Россия по-прежнему сохраняет лидерство в Европе по количеству рождений и аборт у матерей в возрасте до 20 лет. Серьезной проблемой на сегодняшний день 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 г. прервали беременность 11 884 девушек-подростков.

Важнейшим аспектом проблемы является сохранение репродуктивного здоровья мужской части подросткового

контингента. О серьезных проблемах репродуктивного здоровья мальчиков свидетельствуют следующие данные. За последние 10 лет частота андрологических болезней среди детей всех возрастов увеличилась в 1,5 раза. Более 50% юношей подросткового возраста имеют заболевания, которые в дальнейшем могут ограничить реализацию репродуктивной функции.

Крипторхизм встречается у 30% недоношенных и 4% доношенных новорожденных. Ежегодно в Российской Федерации рождается около 500 новорожденных с синдромом Клайнфельтера, около 5000 новорожденных — с гипоспадией, около 150 — с эписпадией и экстрофией. Варикоцеле, пик которого приходится на пубертатный период развития мальчика, в возрасте 14–15 лет встречается с частотой 140–190 на 1000 детей соответствующего возраста [10].

Нарушениями репродуктивного здоровья детей и подростков занимаются различные специалисты: акушеры-гинекологи, детские эндокринологи, урологи, в том числе детские урологи-андрологи, детские хирурги, педиатры. К сожалению, число специалистов детского профиля по гинекологии и урологии-андрологии не превышает 8–10% общего числа гинекологов и урологов, что является крайне недостаточным. Дефицит квалифицированных кадров, особенно на уровне амбулаторно-поликлинического звена, приводит к отсутствию качественной профилактической работы [10]. Кроме того, отсутствие специальности «детская гинекология» во многом затрудняет эффективную работу по профилактике и лечению нарушений репродуктивной сферы у девочек.

В Российской Федерации в 2012 г. было зарегистрировано 511 000 детей-инвалидов, частота составила 195,6 на 10 000 детского населения (2002 г. — 620,3 000 детей-инвалидов, частота — 197,6). Число инвалидов подросткового возраста (10–17 лет) составило 266 523 человека (2002 г. — 407 654 подростка-инвалида). Показатель инвалидности наиболее высок в старшей подростковой группе (15–17 лет), где в 2012 г. он составил 315,4 на 10 000 детей соответствующего возраста.

В возрастной структуре детской инвалидности наибольший удельный вес принадлежит детям младшего подросткового возраста (10–14 лет) [1, 4].

В основе формирования инвалидности как результата ограничения жизнедеятельности 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 в 2012 г. стабильно занимают более 60% в структуре болезней, обусловивших инвалидность. Около 20% нозологической структуры инвалидности составляют последствия инфекционных и соматических заболеваний.

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

При этом, по мнению экспертов Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, число детей-инвалидов среди всего детского населения в России должно составлять не менее 3%. Вместе с тем число детей-инвалидов составило в 2012 г. 511 000 человек, то есть менее 2% детского населения (всего детского населения 26,1 млн человек). Недоучет детской инвалидности ориентировочно составляет не менее 260 000 детей, более половины из которых —

это подростки (результат несовершенства действующего законодательства и нормативных правовых актов).

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

Российская Федерация ратифицировала Конвенцию ООН «О правах инвалидов» (ФЗ от 03.05.2012 г. № 46). Ратификация Конвенции должна 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 инвалидов.

Вместе с тем действующие классификации и критерии, используемые в настоящее время при осуществлении медико-социальной экспертизы (разработаны на основе Международной классификации нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности), не обеспечивают объективности и достоверности оценки ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов, не учитывают влияние на жизнедеятельность инвалида факторов окружающей среды, а также возрастные критерии ограничений жизнедеятельности и функциональное состояние.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, ВОЗ, 2001) основана на усовершенствованных и объективизированных подходах к определению нарушений функций организма возрастном аспекте (у детей) и вызванных ими ограничений жизнедеятельности [4].

С целью более эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов необходим единовременный переход при решении экспертных вопросов в Российской Федерации на использование МКФ.

В 1995 г. был принят Федеральный Закон от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в РФ», определяющий государственную политику, в том числе в области социальной защиты детей-инвалидов.

Наряду с положительными сторонами в данном законе:

- нет четкого определения медико-социальной экспертизы детей-инвалидов, а также статей, касающихся как комплексной реабилитации, так и организации жизнедеятельности детей-инвалидов;
- не определены механизмы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации;
- ограничиваются права детей-инвалидов в отношении получения образования и социализации введением понятий «неспособность к обучению», «неспособность к общению»;
- не обеспечивается равный объем образовательных услуг в разных регионах России.

Законодательное регулирование в сфере осуществления прав детей, в том числе детей-инвалидов, на охрану здоровья нуждается в целенаправленном совершенствовании, на что указано в пункте 3 раздела IV Национальной стратегии действий в интересах детей

на 2012–2017 гг., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 2 июня 2012 г. [11].

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

За последние десять лет снижение смертности в подростковом возрасте наблюдается почти от всех причин [1, 4], из них наиболее значимые 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%), органов дыхания (на 20,8%).

В сравнении с периодом детства концентрация структуры причин смерти у подростков достигла своего максимума: более 70% (в 2012 г. — 73,6%) случаев смерти в этом возрасте определяется травмами и отравлениями, на фоне которых все остальные причины 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, которые, по данным 2012 г., определяют около 1/4 причин (24,3%). Одна из острых проблем современной России — уровень суицидов среди подростков, — самый высокий в Европе. Особую обеспокоенность вызывает рост этого явления. В 2009 г. в стране было зарегистрировано 260 подростковых суицидов, а в 2012 г. — уже 487 случаев смерти подростков вследствие преднамеренных самоповреждений [4].

На долю дорожно-транспортных происшествий приходится 23,9% всех случаев смерти от внешних причин. Актуальность проблемы дорожно-транспортного травматизма в России обуславливают глобальная автомобилизация, недостаточная безопасность транспортных средств, низкий профессионализм водителей, низкий уровень культуры поведения на дорогах, отсутствие современной организованной полноценной медицинской помощи пострадавшим. Каждое девятое дорожно-транспортное происшествие происходит с участием несовершеннолетних, значительная часть аварий (56,9%) зафиксирована в период летних каникул (с мая по сентябрь).

Случайные отравления в структуре причин смерти занимают 9,4%. С одной стороны, отравления могут быть следствием суицидов, с другой — нельзя забывать, что подростки часто экспериментируют с химическими веществами, используя их как суррогаты наркотиков. 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 в семье и в образовательных учреждениях;
- низкой физической активностью;
- высокой занятостью дополнительным образованием;
- регулярной и достаточно продолжительной по времени компьютерной занятостью;
- несоблюдением возрастных регламентов режима дня;

- стереотипами поведения, ориентированными на здоровье/нездоровье;
- частым совмещением учебы с работой.

Все эти негативные факторы достаточно распространены среди современных подростков и, соответственно, оказывают отрицательное влияние на формирование здоровья подростков в период роста и развития организма [12–14].

Из представленных данных о заболеваемости, инвалидности и смертности подростков очевидной становится особая роль их здоровья в сохранении трудового, интеллектуального, репродуктивного, оборонного потенциала 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. Отбора по состоянию здоровья в настоящее время практически нет, что приводит к поступлению в учебные заведения подростков, имеющих хроническую патологию (от 8 до 20%), ограничивающую его пригодность к осваиваемой профессии, 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 бесплодны. При этом до 40% супружеского бесплодия является результатом андрологической или эндокринной патологии у мужчин; в 50% случаев — женское бесплодие как результат патологии репродуктивной системы и отдельных экстрагенитальных заболеваний. На бесплодие обоих супругов приходится до 10% бесплодных браков [10].

Существует угроза и оборонному потенциалу. При первоначальной постановке граждан на воинский учет (ППВУ) в 2013 г. освидетельствовано более 630 000 юношей. При медицинском освидетельствовании заболевания выявлены у 59,1% юношей (2010 г. — 62,1%). При этом заболевания диагностировались впервые у 23,9% юношей (2010 г. — 22,9%). По результатам обследования каждый второй юноша (52,7%) признавался временно не годным, ограниченно годным и не годным к военной службе, то есть были выявлены выраженные хронические заболевания с нарушением функции органов или систем, препятствующие призыву на военную службу.

Увеличивается число юношей, направляемых на дополнительное обследование для уточнения диагноза. В 2013 г. при ППВУ на дополнительное обследование направлено более 108 000 юношей, или 17,1% общего числа освидетельствованных (2010 г. — 15,5%). Это характеризует недостаточно качественное обследование и наблюдение подростков на этапе до первоначальной постановки на воинский учет [4].

Структура патологии, приводящей к ограничению годности к военной службе, на протяжении последних лет остается стабильной и включает эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ (в основном за счет недостаточного питания), психические расстройства (преимущественно за счет умственной отсталости), болезни системы кровообращения, болезни нервной системы, болезни костно-мышечной системы.

Результаты медицинского освидетельствования при первоначальной постановке юношей на воинский учет за последние два года свидетельствуют, что показатель год-

ности к военной службе на всей территории Российской Федерации несколько увеличился (с 66,8 до 68,8%).

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 являться 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. Основными мероприятиями должны стать разработка и принятие федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации», а также разработка и утверждение Государственной программы Российской Федерации «Охрана здоровья подростков России».

С целью повышения доступности и качества медицинской реабилитации детям с хронической патологией и детям-инвалидам целесообразно создать равноуровневую систему оказания помощи: организовать федеральный научно-методический центр медицинской реабилитации, организовать строительство межрегиональных и региональных лечебных центров, организовать и оснастить отделения медицинской реабилитации в поликлиниках, домах ребенка, центральных районных больницах.

Для рационального использования трудовых ресурсов необходимо разработать и утвердить перечень медицинских противопоказаний к поступлению абитуриентов в организации профессионального образования по различным специальностям и профилям.

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 и фармацевтических работников специальность «детский гинеколог».

С целью налаживания работы по сохранению и укреплению здоровья учащихся необходимо обеспечить восстановление системы медицинской помощи детям в образовательных учреждениях путем реализации мер по воссозданию медицинских кабинетов в общеобразовательных организациях, их оснащению современным медицинским оборудованием, а также социальной поддержке врачей и среднего медицинского персонала, работающих в образовательных организациях.

Целесообразно разработать систему мер по развитию служб экстренной психологической помощи, в том числе детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации, сети региональных центров, отделений детских поликлиник на муниципальном уровне по медико-социальной и психологической помощи детям и подросткам. Кроме того, нужно разработать учебные программы для школьников, а также для педагогов на последипломном этапе образования по профилактике суицидов и зависимости от психоактивных веществ.

С целью объективизации медико-социальной экспертизы следует обеспечить внедрение классификаций и критериев установления инвалидности, разработанных

с учетом положений МКФ, при освидетельствовании детей и подростков в учреждениях медико-социальной экспертизы, 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 детей и подростков 0–4, 5–9, 10–14, 15–17 лет. Кроме того, необходимо регулярное проведение анализа состояния 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: Минздрава России, Минобрнауки России, Минтруда России, Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Роспотребнадзора и других заинтересованных ведомств.

Реализация предложений позволит достичь снижения заболеваемости, инвалидности и смертности подростков в Российской Федерации, тем самым повысить их социальную адаптированность, значительно улучшить интеграцию в современное общество.

#### REFERENCES

1. Baranov A.A., Il'in A.G. *Vestnik RAMN – Annals of RAMS*. 2011; 6: 12–18.
2. Baranov A.A., Kuchma V.R., Milushkina O.Yu. etc. *Vestnik RAMN – Annals of RAMS*. 2012; 12: 35–40.
3. Skobolina N.A., Kuchma V.R., Milushkina O.Yu., Bokareva N.A. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya – Population health and environment*. 2013; 8: 9–12.
4. Baranov A.A., Il'in A.G. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal – Russian pediatric journal*. 2011; 4: 7–12.
5. Baranov A.A., Al'bitskii V.Yu., Modestov A.A., Kosova S.A., Bondar' V.I., Volkov I.M. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii – Healthcare of the Russian Federation*. 2012; 5: 21–26.
6. Sukhareva L.M., Namazova-Baranova L.S., Rapoport I.K. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal – Russian pediatric journal*. 2013; 4: 48–53.
7. Baranov A.A., Kuchma V.R., Sukhareva L.M. *Vestnik RAMN – Annals of RAMS*. 2009; 5: 6–11.
8. Makushkin E.V. *Agressivnoe kriminal'noe povedenie detei i podrostkov* [Aggressive Criminal Behaviour of Children and Adolescent]. Moscow, MIA, 2009. 240 p.
9. Uvarova E.V. *Detskaya i podrostkovaya ginekologiya* [Child and Adolescent Gynecology]. Moscow, Litterra, 2009. 384 p.
10. Baranov A.A., Sharkov S.M., Yatsyk S.P. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal – Russian pediatric journal*. 2010; 1: 4–7.
11. *Ukaz Prezidenta Rossiiskoi Federatsii ot 01.06.2012 g. № 761 «O Natsional'noi strategii deistvii v interesakh detei na 2012–2017 gody»* [Directory of the President of the Russian Federation № 761 “National Strategy of Pro-Children Actions in 2012–2017” dated 01 June 2012].
12. Baranov A.A., Kuchma V.R., Sukhareva L.M., Stepanova M.I., Teksheva L.M. *Vestnik RAMN – Annals of RAMS*. 2010; 6: 18–21.
13. Zvezdina I.V., Trofimenko A.V. *Meditinskii vestnik Severnogo Kavkaza – Medical Bulletin of North Caucasus*. 2010; 3(19): 108–109.
14. Sokolova S.B., Kuchma V.R. *Voprosy shkol'noi i universitetskoi meditsiny i zdorov'ya – Issues of school and university medicine and health*. 2013; 3: 27–32.

#### FOR CORRESPONDENCE

**Baranov Aleksandr Aleksandrovich**, academician of RAS, Director of Scientific Institute of Children Health.

**Address:** build. 1, 2, Lomonosovskii Avenue, Moscow, RF, 119991; **tel.:** +7 (499) 134-30-83, **e-mail:** baranov@nczd.ru

**Namazova-Baranova Leila Seimurovna**, correspondent member of RAS, Deputy Director for Science of SCCH, Director of RI of Preventive Pediatrics and Remedial Treatment of SCCH.

**Address:** build. 1, 2, Lomonosovskii Avenue, Moscow, RF, 119991; **tel.:** +7 (499) 967-14-14, **e-mail:** namazova@nczd.ru

**Il'in Aleksandr Gennad'evich**, PhD, professor, Deputy Director for Science of RI of Preventive Pediatrics and Remedial Treatment of SCCH.

**Address:** build. 1, 2, Lomonosovskii Avenue, Moscow, RF, 119991; **tel.:** +7 (499) 134-04-20, **e-mail:** ilin@nczd.ru