

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

...Вопросы охраны здоровья детей и их защиты являются сложными, требующими масштабных изучения и действий. И мы должны быть обеспокоены этой проблемой. Пусть никто не считает, что эти вопросы не должны волновать нацию, что они ниже достоинства государственных деятелей и правительств. Если бы у нас было хотя бы одно поколение, правильно рожденных, подготовленных, образованных и здоровых детей, правительство было бы избавлено от тысячи других проблем...

Герберт Гувер, 1930

В Российской Федерации проживает 26 млн. детей в возрасте до 17 лет (что составляет 18% в возрастной структуре населения), в то время как в 1990 г. их насчитывалось 40 млн. (27%). Т.е., если с 1990 г. в целом количество граждан в стране сократилось примерно на 6 млн., то детей - на 14 млн. На фоне неуклонного уменьшения численности детей отмечаются неудовлетворительные показатели состояния их здоровья. Можно выделить две проблемы в этой области.

Первая заключается в том, что ухудшение здоровья детей обусловлено устойчивой тенденцией ухудшения здоровья женщин, ростом патологии беременности и родов. При этом предопределяется высокая заболеваемость детей и всего населения в последующие годы, поскольку происходит «накопление груза патологии в поколениях» [12]. Возникает замкнутый цикл: *больная женщина – больной плод – больной ребенок – больной подросток - больные родители.*

Подавляющее большинство детей являются уже с детства нездоровыми. Сегодня рождаются больными или заболевают около 40% новорожденных. В то время как в 1990 г. этот показатель был равен 15% (табл.1.1).

Необходимо отметить, что рост заболеваемости новорожденных в некоторой степени, как это ни парадоксально, может быть связан с успехами медицины, обеспечивающими увеличение выживаемости

недоношенных, «маловесных» и детей с тяжелой перинатальной патологией.

Вторая проблема связана с тем, что на протяжении всего жизненного цикла ребенка происходит интенсивное ухудшение его здоровья.

Таблица 1.1.
Состояние здоровья новорожденных

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Родилось детей больными или заболели (массой тела 1000 г и более):							
тыс. человек	288,6	383,3	474,1	575,9	580,0	614,3	628,0
в % от числа родившихся живыми	14,8	28,5	38,0	40,7	39,8	39,0	37,3
в том числе с заболеваниями (%):							
врожденные аномалии	1,8	2,6	2,9	3,3	3,1	3,0	2,9
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	14,7	32,0	50,2	56,5	54,9	53,0	50,5
Из общего числа детей, родившихся живыми, - недоношенные (%)	5,3	6,0	5,9	5,4	5,3	5,2	5,3

С 1991 г. по 2008 г. заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась в 1,5 раз, детей подросткового возраста (15-17 лет) – в 2 раза (рис.1.1). Рост этого показателя связан, как с истинным ухудшением состояния здоровья детей, так и с улучшением диагностики. При этом, по мнению специалистов, реальный уровень заболеваемости в 1,5-2 раза выше, чем по данным официальной статистики (о чем свидетельствуют научные исследования) [13].

Показатели заболеваемости детей 0-14 лет колеблются по отдельным регионам страны и отличаются, примерно, в три раза (рис.1.2). Можно выделить некоторые общие закономерности региональной дифференциации: первичная заболеваемость детей на севере страны заметно выше. Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Ненецком (3455,2), Ямало-Ненецком (2415), Чукотском (2496) автономных округах, Ивановской (2599,1), Ярославской (2569,2),

Архангельской (2559,3), Владимирской (2414,9) областях, Республиках Карелия (2407,9) и Коми (2397,1).

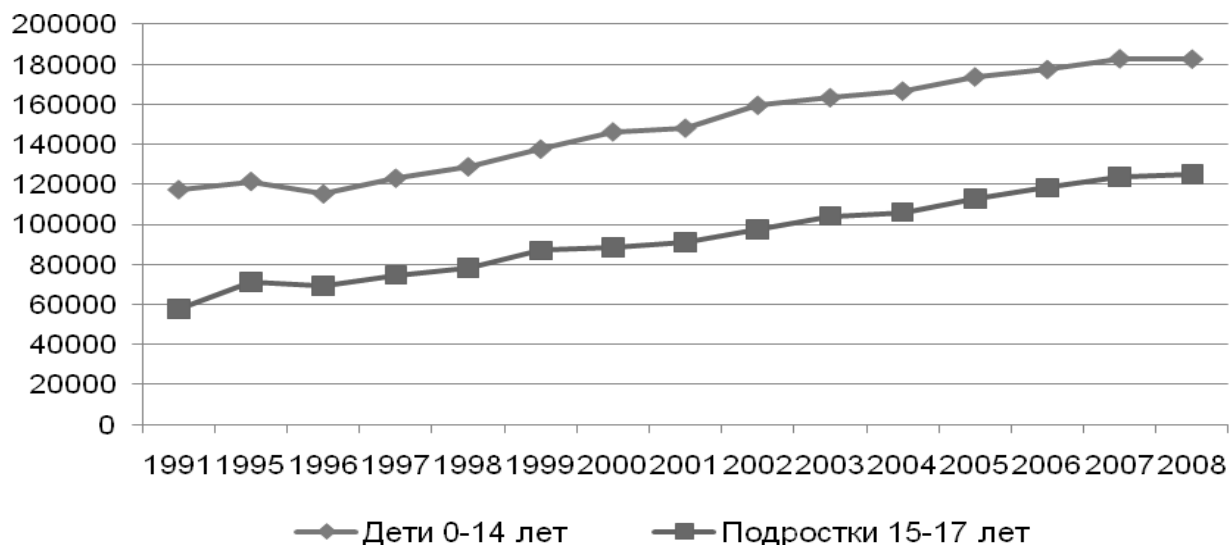


Рис. 1.1. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 100 тыс. детей)



Рис. 1.2. Заболеваемость детей по субъектам Российской Федерации (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 детей)

В настоящий момент наибольший удельный вес в патологической панораме первичной заболеваемости детей до 14 лет принадлежит болезням органов дыхания (59,4%); за ними следуют патологии нервной системы и органов чувств (8,3%), а также травмы и отравления (5,8%), поражения кожи и подкожной клетчатки (5,2%), инфекционные и паразитарные болезни (5,1%) (табл.1.2).

Таблица 1.2.
Структура первичной заболеваемости детей 0-14 лет (%)

	1991	1995	2000	2006	2008
инфекционные и паразитарные болезни	7,8	8,8	7,0	5,1	5,1
новообразования	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	0,5	0,8	1,0	1,1	1,0
болезни крови и кроветворных органов	0,4	0,6	0,8	1,1	1,1
болезни нервной системы и органов чувств	5,5	6,8	7,9	8,0	8,3
болезни системы кровообращения	0,2	0,4	0,5	0,5	0,5
болезни органов дыхания	69,0	60,4	60	59,5	59,4
болезни органов пищеварения	3,4	4,9	4,5	4,8	4,8
болезни мочеполовой системы	0,7	1,2	1,4	1,7	1,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	4,3	6,1	4,9	5,4	5,2
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,7	1,4	2	2,2	2,2
врожденные аномалии (пороки развития)	0,2	0,3	0,5	0,6	0,7
травмы и отравления	6,2	6,1	6,3	5,8	5,8

В причинной структуре заболеваемости за последние полтора десятилетия произошли некоторые изменения: если в 1991 г. второе место занимали инфекционные и паразитарные болезни, а третье «разделили» патологии нервной системы, органов чувств, а также травмы и отравления, то к 2000 г. болезни нервной системы и органов чувств переместились на второе место, потеснив инфекционные и паразитарные заболевания, а в середине двухтысячных список наиболее распространенных нозологических форм в детской патологии помимо болезней органов дыхания, нервной системы и органов чувств, травм и отравлений продолжили болезни кожи и подкожной клетчатки (табл.1.2).

По всем классам болезней за период 1990-2008 гг. наблюдался рост заболеваемости детей. Наиболее заметно увеличилась заболеваемость патологиями системы кровообращения, крови и кроветворных органов,

костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы (в 4 и более раз), новообразованиями, врожденными аномалиями, болезнями эндокринной системы (в 3 раза), патологиями нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, органов пищеварения (в 2 раза) (рис.1.3).

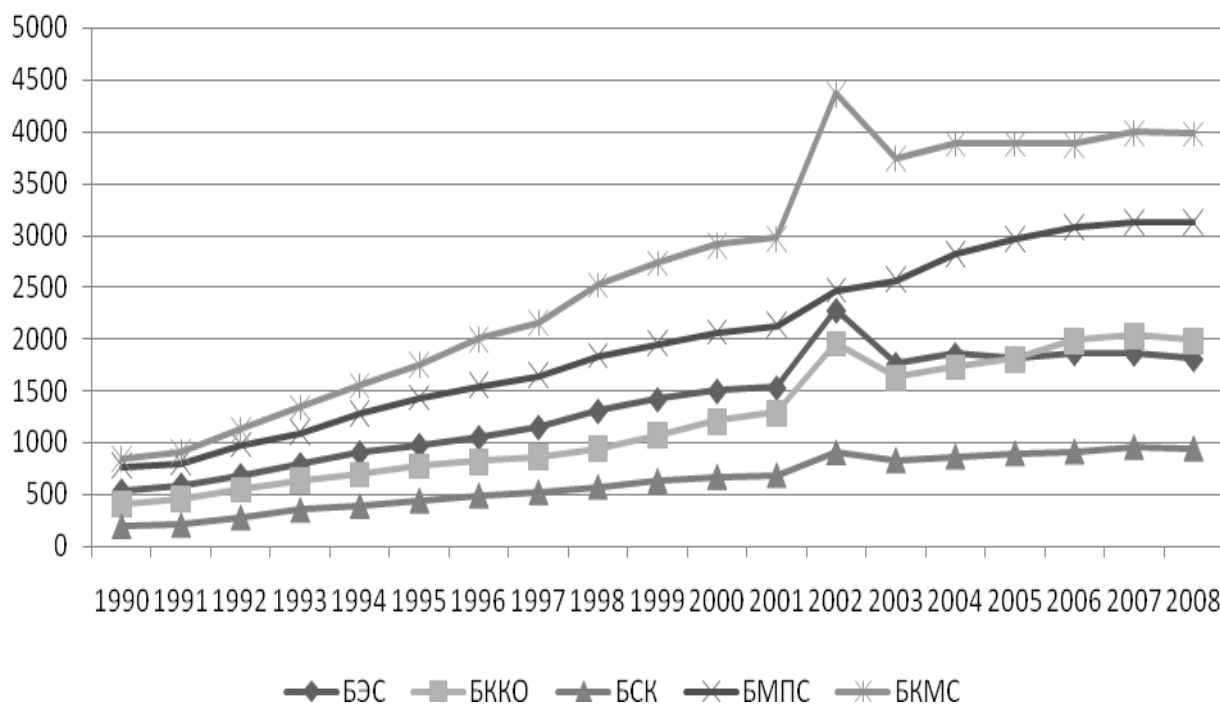


Рис. 1.3. Динамика заболеваемости детей 0-14 лет по некоторым основным классам болезней (зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом, на 100 тыс. населения)

БСК – болезни системы кровообращения, БКМС – болезни костно-мышечной системы, БМПС – болезни мочеполовой системы, БККО – болезни крови и кроветворных органов, БЭС – болезни эндокринной системы.

В заболеваемости подростков 15-17 лет, так же как и детей, и взрослых, первое место неизменно принадлежит болезням органов дыхания, доля которых в 2008 г. составила 45,8%; на втором месте находятся травмы и отравления (11,7%); третье место занимают болезни нервной системы и органов чувств (9,3%), на четвертом месте – поражения кожи и подкожной клетчатки (6,6%), далее следуют патологии органов пищеварения (5,5%), мочеполовой (4,7%) и костно-мышечной (4,6%) систем, инфекционные и паразитарные болезни (3,4%) (табл.1.3).

Заболеваемость подростков выросла практически по всем классам заболеваний, но самые высокие темпы роста наблюдаются при болезнях

крови и кроветворных органов (в 8 раз); мочеполовой системы (в 6 раз), новообразованиях, патологиях костно-мышечной, эндокринной систем (в 5 раз); системы кровообращения и врожденных аномалиях (в 4 раза); болезнях нервной системы, поражениях кожи и подкожной клетчатки (в 3 раза) (рис.1.4). Очевидно, что темпы прироста хронической патологии наиболее высоки среди подростков по сравнению с детьми более младших возрастных групп.

Таблица 1.3.
Структура первичной заболеваемости подростков 15-17 лет (%)

	1991	1995	2000	2006	2008
инфекционные и паразитарные болезни	3,7	5,8	4,6	3,7	3,4
новообразования	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	0,9	1,6	2,5	2,1	2,0
болезни крови и кроветворных органов	0,2	0,4	0,5	0,6	0,7
болезни нервной системы и органов чувств	5,7	7,4	7,2	8,3	9,3
болезни системы кровообращения	0,7	0,9	1,1	1,3	1,4
болезни органов дыхания	57,4	49,2	48,6	46,9	45,8
болезни органов пищеварения	5,1	6,0	4,9	5,2	5,5
болезни мочеполовой системы	1,8	3,5	4,3	4,8	4,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	5,5	7,3	6,3	6,7	6,6
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,9	2,9	4,1	4,6	4,6
врожденные аномалии (пороки развития)	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3
травмы и отравления	14,8	12,7	11,0	10,8	11,7

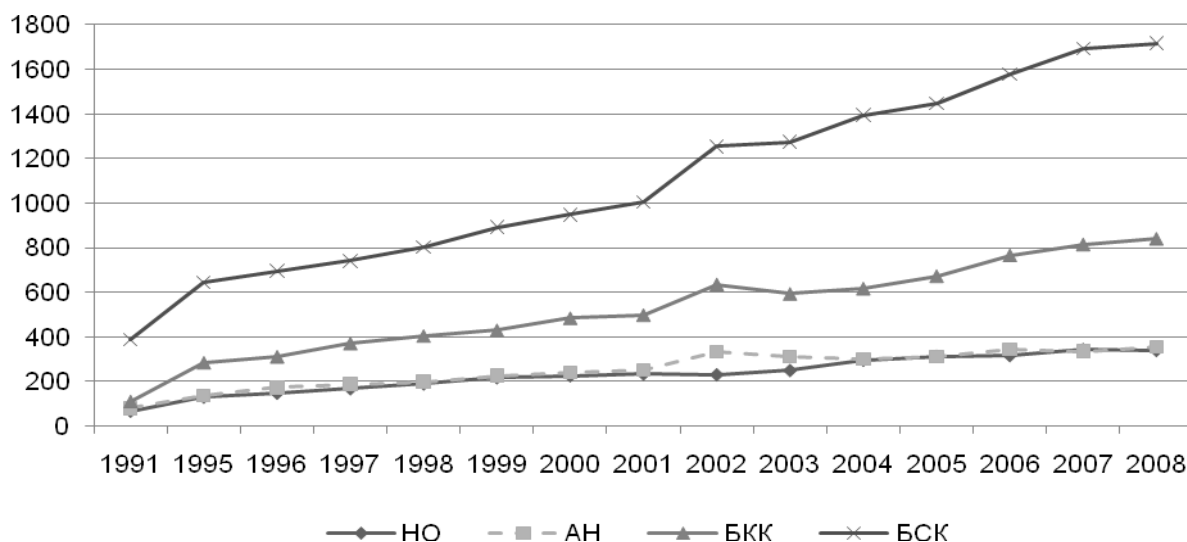
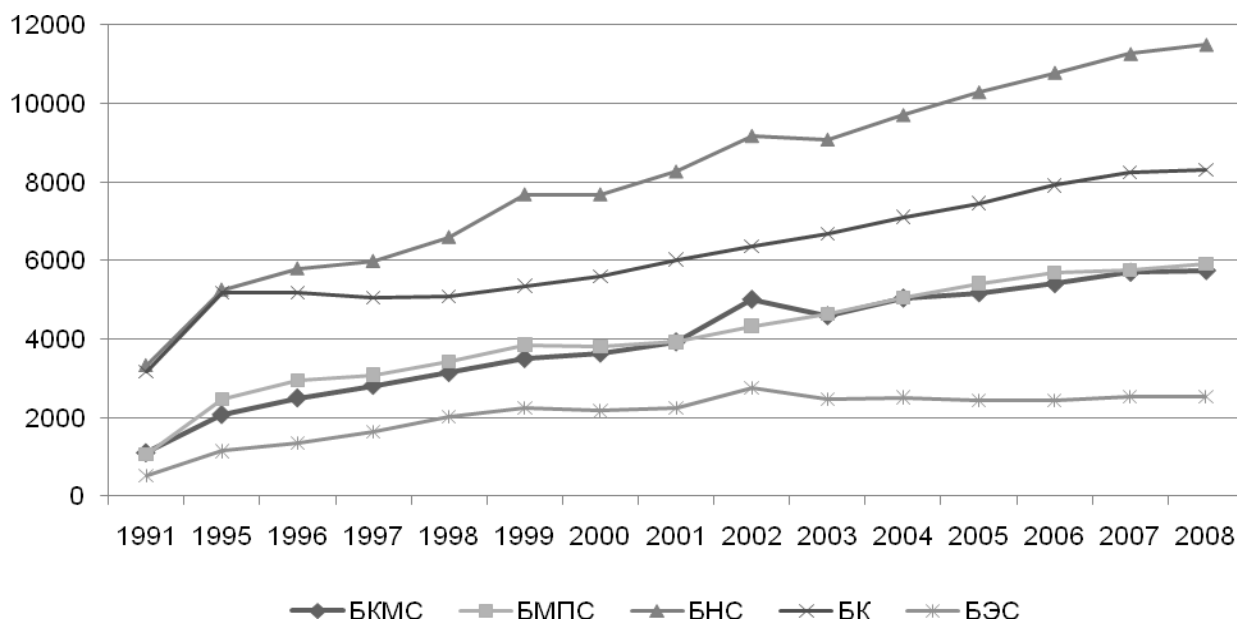


Рис. 1.4. Динамика заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет по некоторым основным классам болезней (зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом, на 100 тыс. населения)

БКМС – болезни костно-мышечной системы, БМПС – болезни мочеполовой системы, БНС – болезни нервной системы и органов чувств, БК – болезни кожи и подкожной клетчатки, БЭС – болезни эндокринной системы, НО – новообразования, АН – врожденные аномалии, БКК – болезни крови и кроветворных органов, БСК – болезни системы кровообращения.

Рассмотрим отдельно динамику заболеваемости детей и подростков по основным классам болезней.

Соматические заболевания

Болезни органов дыхания. Первое место в структуре заболеваемости детей и подростков, как и взрослых, стабильно занимают болезни органов дыхания. С 1991 г. по 2008 г. первичная обращаемость в связи с данной патологией выросла среди детей до 14 лет в 1,3 раза, а среди подростков – в 1,7 раз (рис.1.5).

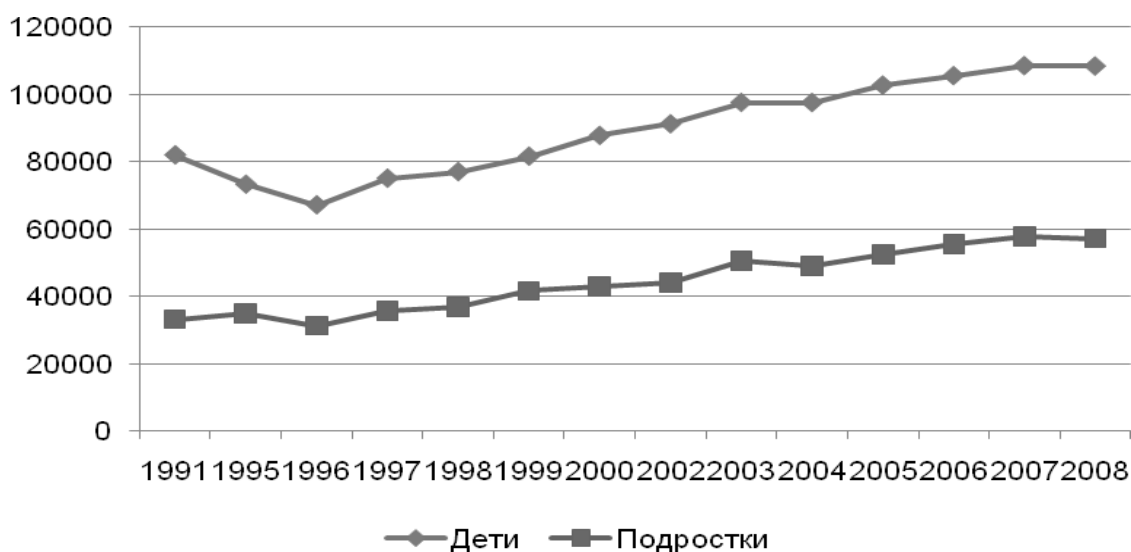


Рис. 1.5. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет болезнями органов дыхания (на 100 тыс. детского населения)

Некоторые болезни органов дыхания зачастую приводят к инвалидности. По данным на 2008 г. 14,6 тысяч детей (5,6 на 10 тыс. детей) в возрасте до 17 лет признано инвалидами в связи с подобными заболеваниями.

Особое внимание обращает на себя рост хронической бронхолегочной патологии, среди которой, безусловно, лидирует бронхиальная астма. Число детей и подростков, больных бронхиальной астмой, неуклонно растет. В 1991 г. численность детей до 14 лет, страдающих этим недугом, составляло около 98 тысяч, в 2002 г. – почти 251 тысячу, т.е. абсолютное число детей, больных бронхиальной астмой, выросло в 2,5 раза. Число подростков 15-17 лет, имеющих эту патологию, с 1992 г. по 2002 г. также увеличилось в 2,4 раза¹.

¹ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

Инфекционные заболевания. В структуре причин заболеваемости детей до 14 лет инфекционные и паразитарные болезни прочно занимают одно из лидирующих мест. За период с 1991 г. по 2008 г. ситуация с инфекционной заболеваемостью практически не изменилась (на 100 тыс. детского населения в 1991 г. – 8247,1 больных, в 2008 г. – 9242,7). Удалось добиться снижения уровня инфекционной заболеваемости у детей по ряду нозологических форм, прежде всего снижения уровня управляемых инфекций за счет вакцинопрофилактики (табл.1.4).

Таблица 1.4.

Заболеваемость детей 0-14 лет отдельными инфекционными болезнями (число зарегистрированных случаев заболевания на 100 тыс. детей)

	1990	1995	2000	2005	2008
Брюшной тиф и паратифы А, В, С	0,59	0,22	0,26	0,12	0,04
Сальмонеллезные инфекции	120	110,1	92,5	80,9	111,1
Острые кишечные инфекции	1386,9	1660,3	1627,3	1761,5	2038,0
в том числе бактериальная дизентерия	362,5	524,3	379	147,3	65,5
Вирусные гепатиты	551	285,8	151,7	66,4	29,5
Дифтерия	1	38,2	0,8	0,6	0,05
Коклюш	71,8	64	110,2	20,1	15,9
Корь	39,1	14,2	10,6	0,4	0,02
Краснуха	759	815,5	1495,9	446,2	27,9
Скарлатина	357,2	215,1	355,6	173,6	272,8
Паротит эпидемический	158,3	133,5	89,8	8,9	3,3
Ветряная оспа	2583,1	1997,5	2176,1	2723	3445,7
Острые инфекции верхних дыхательных путей	64986,2	31546,8	64066,9	74510,8	78616,2
Грипп	6652,5	8677	5319,7	1751,5	508,1
Менингококковая инфекция	16,2	11,4	9,8	10,6	7,4
Педикулез	...	649,9	456,7	260,8	350,8

У подростков 15-17 лет уровень инфекционной заболеваемости ниже, чем у детей в возрасте до 14 лет, однако особую тревогу вызывает двукратный рост этой патологии в данной возрастной группе (1991 г. – 2121,1, 2008 г. – 4269,8 на 100 тыс. подростков) (рис.1.6).

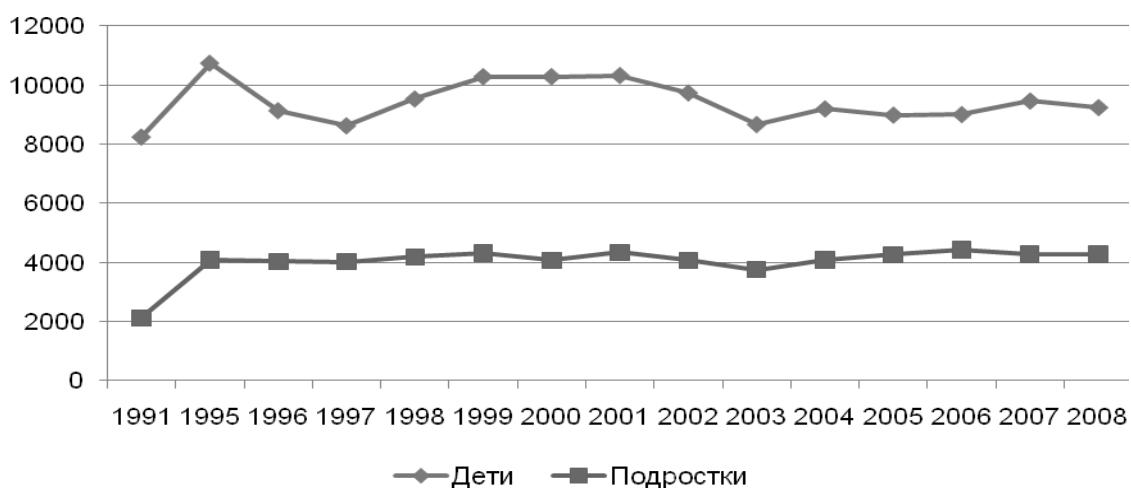


Рис. 1.6. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет инфекционными болезнями (на 100 тыс. детского населения)

Туберкулез. Среди тревожных показателей, характеризующих состояние здоровья детей и подростков, – рост числа больных туберкулезом. Его часто называют болезнью стран третьего мира. Туберкулез напрямую связан с социально-экономическими условиями жизни. Его провоцируют такие факторы, как плохое питание, недостаток солнечного света, сырое и холодное жилье. Именно они позволяют инфекции, которая постоянно присутствует в организме подавляющего большинства людей, перейти в активную фазу. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) называет туберкулез главной причиной смерти от инфекционных заболеваний в мире. В нашей стране на него приходится 85% всех умерших от инфекций. Россия входит в число наиболее затронутых туберкулезом стран.

Эпидемия туберкулеза, согласно нормативам ВОЗ, наступает уже при уровне заболеваемости 50 человек на 100 тыс. населения. Уже много лет в России эта цифра составляет почти 80 и даже больше (в 2008 г – 85,3; в 1990 г. – 34,2). Учитывая нарастание экономической нестабильности, на ближайшие годы прогнозируется дальнейший рост заболеваемости этой инфекцией. Смертность населения от туберкулеза за последние восемнадцать лет возросла практически в 3 раза (на 100 тыс. населения в 1990 г. – 7,9, в 2008 г. – 17,9). Наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются в Дальневосточном (141,3), Сибирском (133,1), Уральском (104,9) федеральных округах. В пятнадцати субъектах Российской Федерации показатель заболеваемости в 1,5 раза и более превышает средний по стране: в Курганской (148,8), Иркутской (142,4), Кемеровской (147,2), Новосибирской (136,4), Омской (130,7), Амурской (129,5) областях, Республиках Калмыкия (121,9), Алтай (135,3), Бурятия (159,1), Тыва (241,8), Приморском (191,0) Хабаровском (138,6),

Забайкальском (123,2), Алтайском (133,2) краях, Еврейской автономной области (189,7).

В сложившихся условиях закономерен и рост заболеваемости детей туберкулезом, отмеченный с 1990 г.: на 100 тыс. детского населения в 1989 г. – 7,4; в 1995 г. – 13,1; в 2005 г. – 16,7; в 2008 г. – 15,3 (16,2 среди девочек и 14,5 среди мальчиков) (рис.1.7).

Наиболее неблагоприятным является преимущественное поражение туберкулезом детей дошкольного возраста. Среди детей до года заболеваемость составляет 7,21 на 100 тыс. данной возрастной группы, у детей 1-2 лет – 15,51 на 100 тыс. «Пик» заболеваемости приходится на возраст от 3 до 6 лет (22,6 на 100 тыс.), что на 40% превышает общий детский показатель заболеваемости [14].

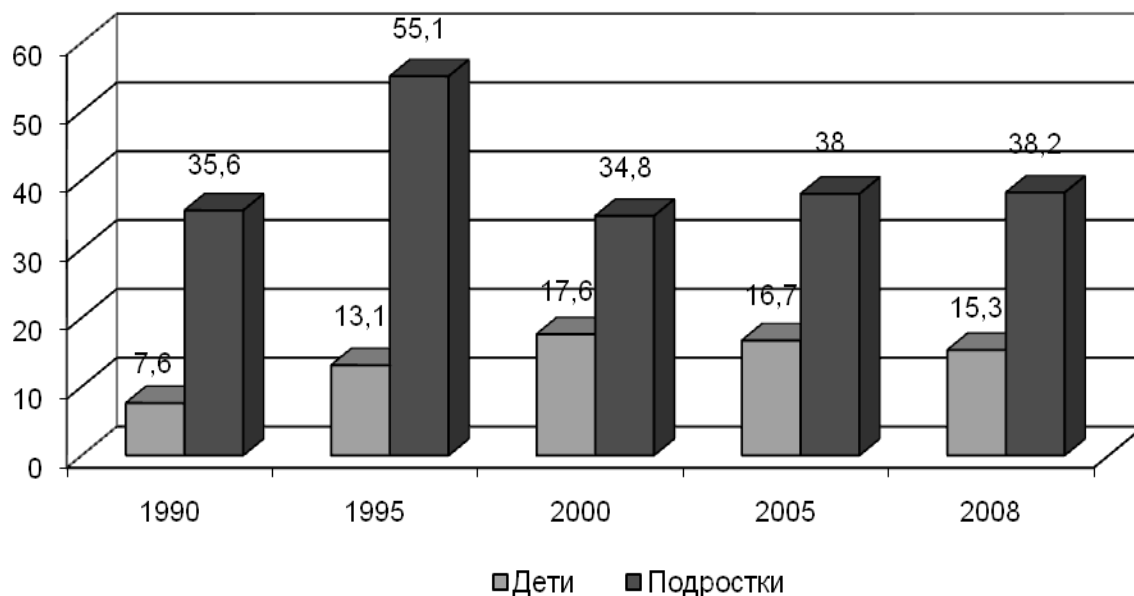


Рис. 1.7. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет активным туберкулезом (на 100 тыс. детского населения)

Несмотря на более низкие показатели заболеваемости детей до 1 года и от 1 года до 2-х лет, они имеют тенденцию к росту. Так, в группе до 1 года заболеваемость выросла с 1,69 в 2005 г. до 7,28 в 2007 г. В группе от 1 года до 2-х лет рост с 8,76 (2005 г.) до 15,47 (2007 г.). Эти данные свидетельствуют о значительном резервуаре инфекции среди населения.

Высока заболеваемость среди подростков 15-17 лет. В среднем по стране показатель заболеваемости туберкулезом в данной возрастной группе на 100 тысяч составил в 2008 г. 38,2, (39,8 среди девочек и 36,6 среди мальчиков). Показатель заболеваемости подростков значительно превышает среднефедеральный в Калининградской (46,2), Кемеровской (67,5), Омской (53,0), Астраханской (70,1), Волгоградской (50,5),

Ростовской (57,3), Курганской (59,4), Тюменской (59,2), Амурской (68,6) областях, республиках Адыгея (69,5), Калмыкия (99,3), Северная Осетия-Алания (52,1), Бурятия (69,2), Тыва (171,8), Приморском (84,8), Хабаровском (64,9) краях, Еврейской автономной области (102,4) [15].

ВИЧ/СПИД. В настоящее время Россия переживает одну из самых масштабных ВИЧ-эпидемий в Европе (рис.1.8). По данным статистики, на 31.12.2008 кумулятивное число ВИЧ-инфицированных составило 434812 человек, в том числе 148468 женщин, 3434 детей в возрасте от 0 до 14 лет и 57342 молодых людей в возрасте 15–19 лет (табл.1.5).

Таблица 1.5.

Распределение ВИЧ-инфицированных по возрасту и полу на момент выявления* на 31.12.2008

Возраст	Инфицированные ВИЧ			Диагноз СПИД			Умерли					
							ВИЧ-инфицированные			с диагнозом СПИД		
	м	ж	все	м	ж	все	м	ж	все	м	ж	все
<1	394	440	834	5	5	10	26	20	46	14	11	25
1-4	730	770	1500	25	28	53	24	23	47	65	42	107
5-9	108	94	202	3	8	11	5	5	10	14	12	26
10-14	584	314	898	4	2	6	28	11	39	14	9	23
15-19	33812	23530	57342	66	26	92	2269	715	2984	334	140	474
20-29	169173	91593	260766	453	152	605	12606	3099	15705	1825	620	2445
30-39	60019	24143	84162	286	79	365	5765	1397	7162	1154	321	1475
40-49	15123	6360	21483	90	32	122	2100	554	2654	419	116	535
50-59	3746	2102	5848	32	7	39	499	198	697	104	42	146
60-69	794	476	1270	3	2	5	108	55	163	16	1	17
>70	243	264	507	0	0	0	40	36	76	6	3	9

* Исключая детей с неустановленным диагнозом

Источник: Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, <http://hivrussia.ru/stat/2009/10.shtml>

Регионами с наиболее высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией среди населения являются: Самарская (1045,5 инфицированных ВИЧ на 100 тыс. населения), Иркутская (953,2), Ленинградская (895,1), Оренбургская (867,3) области, г. Санкт-Петербург (831,8), Свердловская область (809,3), Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (740,1), Ульяновская (609,7), Челябинская области (566,3).

Главная опасность кроется в том, что подавляющее число россиян (76%), живущих с вирусом ВИЧ, – лица в возрасте от 20 до 30 лет, то есть самый цвет нации. При этом доля женщин репродуктивного возраста в структуре ВИЧ-инфицированных более 30%. По данным Минздравсоцразвития РФ среди обследованных в 2007 г. беременных женщин было 0,46% инфицированных ВИЧ. В 2007 г. в 4 регионах страны среди беременных женщин было зарегистрировано более 1% инфицированных: в Самарской (1,8%), Иркутской (1,2%), Свердловской (1,2%), Тюменской (1,2%) областях.

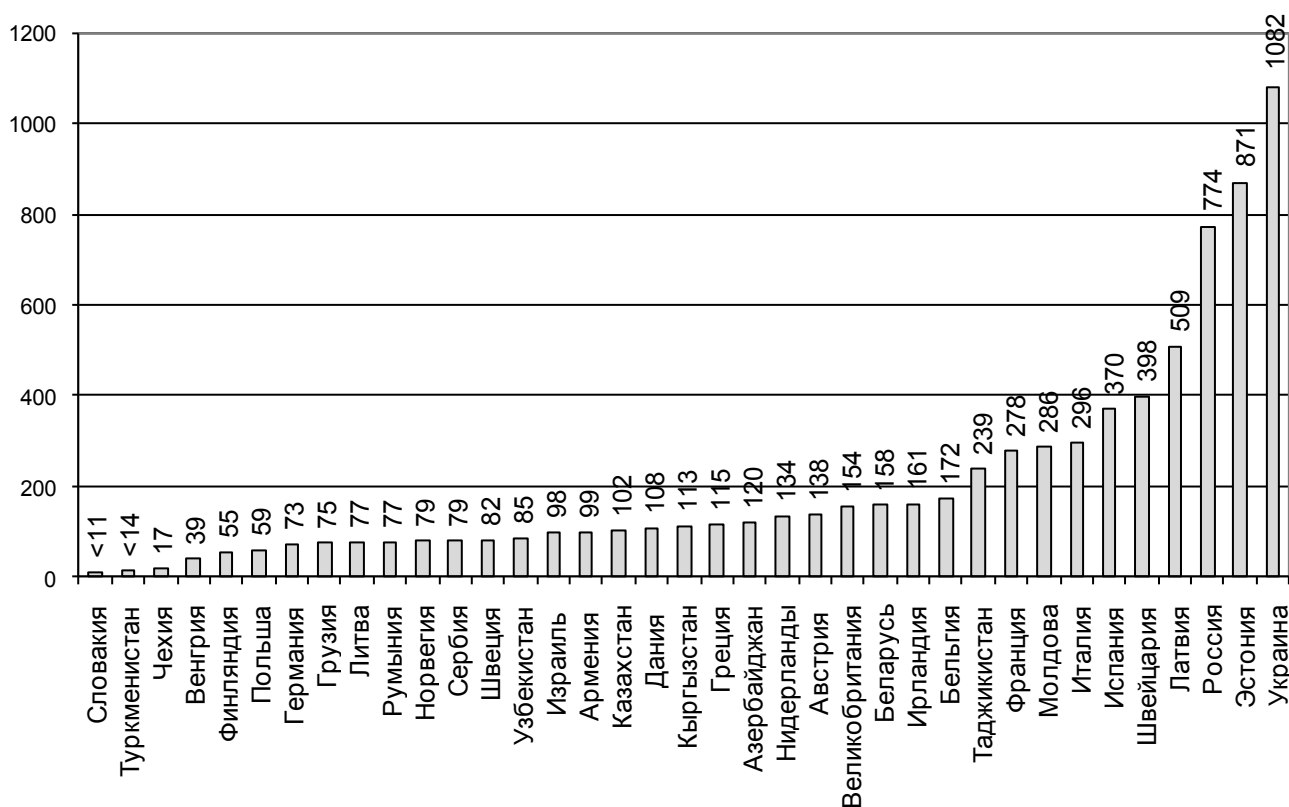


Рис. 1.8. Распространенность ВИЧ среди населения в возрасте 15 и старше (на 100 тыс. населения)

Источник: ВОЗ, Мировая статистика здравоохранения 2009 г.

Ежегодно увеличивается число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В 2008 г. зарегистрировано 2979 детей, заразившихся от матерей. Кроме того, 23268 детей, родившихся от инфицированных матерей, еще не имели установленного диагноза и находились под наблюдением (табл.1.6).

Среди регионов с наибольшим абсолютным количеством ВИЧ-инфицированных детей – Иркутская, Московская, Свердловская, Самарская, Оренбургская области (табл.1.7).

Таблица 1.6.

Количество ВИЧ-инфицированных детей

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2009*
количество детей, инфицированных ВИЧ	265	266	272	285	300	411	618	941	1077	1172	1558	1564	4474
количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция	5	5	5	8	9	15	21	49	85	121	428	431	2979
кумулятивное количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза	4	5	7	41	100	280	657	1663	4092	7593	10672	10983	23268

* 31.10.2009

Таблица 1.7.

Регионы России с наибольшим количеством инфицированных детей

	Всего ВИЧ-инфицированных	ВИЧ-инфицированные дети	Дети, рожденные от ВИЧ матерей с установленным диагнозом ВИЧ	Дети, больные СПИДом	Кумулятивное количество детей ВИЧ матерей, находящихся под наблюдением до установления диагноза
Иркутская обл.	28074	293	151	4	1252
Московская обл.	34613	375	263	5	1364
Свердловская обл.	43302	687	574	10	1587
Самарская обл.	38469	312	231	0	938
Челябинская обл.	21636	179	138	0	2475
Ленинградская обл.	16184	144	97	1	603
Оренбургская обл.	20125	131	80	0	1816
Ростовская обл.	4870	133	9	64	518
МОСКВА	35261	227	180	6	206
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	42268	184	89	3	682

Источник: Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, <http://hivrussia.ru/stat/2009/10.shtml>

Болезни эндокринной системы. Произошел стремительный рост болезней эндокринной системы среди детского населения (рис.1.3 и рис.1.4).

Так, за восемнадцать лет заболеваемость детей 0-14 лет выросла в 3,4 раза (на 100 тыс. детского населения в 1990 г. – 540,2, в 2008 г. – 1809,2), подростков 15-17 лет – в 4,8 раз (соответственно 521,9 и 2528,3). Заболеваемость и распространенность эндокринных болезней почти в 2 раза выше у подростков, чем у детей более младшего возраста.

Среди эндокринных заболеваний наиболее значимыми являются: сахарный диабет, диффузный токсический зоб и ожирение.

Проведенные Эндокринологическим научным центром РАМН эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости сахарным диабетом. За период 1992-2006 гг. число больных детей практически удвоилось (в 1992 г. было зарегистрировано 9481 ребенок до 14 лет с **сахарным диабетом 1 типа**, в 2006 г. –15881 детей).

Результаты регулярных массовых обследований различных групп населения Российской Федерации, проводимых Институтом питания РАМН, Эндокринологическим научным центром РАМН, подтверждают широкое распространение дефицита микронутриентов – витаминов, макро- и микроэлементов, особенно йода, у значительной части детского и взрослого населения. Так, распространенность **эндемического зоба** у детей и подростков в европейской части Российской Федерации составляет 15-25%, а по отдельным регионам – до 40%.

Распространенность **ожирения** на фоне изменения характера питания и снижения физической активности, нарастает во всем мире и особенно интенсивно у детей. Так, среди подростков первичная заболеваемость ожирением увеличилась в 3 раза за период с 1991-2008 гг. (с 135,7 до 413,8 на 100 тыс. населения).

Болезни крови и кроветворных органов. С 1991 г. по 2008 г. в 4,3 раза выросла заболеваемость патологиями крови и кроветворных органов среди детей 0-14 лет (соответственно на 100 тыс. детского населения 461,8 и 1985,1) и в 7,6 раз – среди подростков 15-17 лет (соответственно 110,1 и 839,8) (рис.1.3 и рис.1.4).

При этом анемии занимают 90% среди болезней крови и кроветворных органов. Рост анемий отмечен как у детей, так и у подростков. За 16 лет заболеваемость анемиями детей в возрасте 0-14 лет выросла в 4 раза (на 100 тыс. детей соответствующего возраста с 452,0 в 1992 г. до 1842 в 2008 г.), а среди подростков 15-17 лет – более, чем в 7 раз (на 100 тыс. детей с 102,8 в 1992 г. до 764,1 в 2008 г.) (рис.1.9).

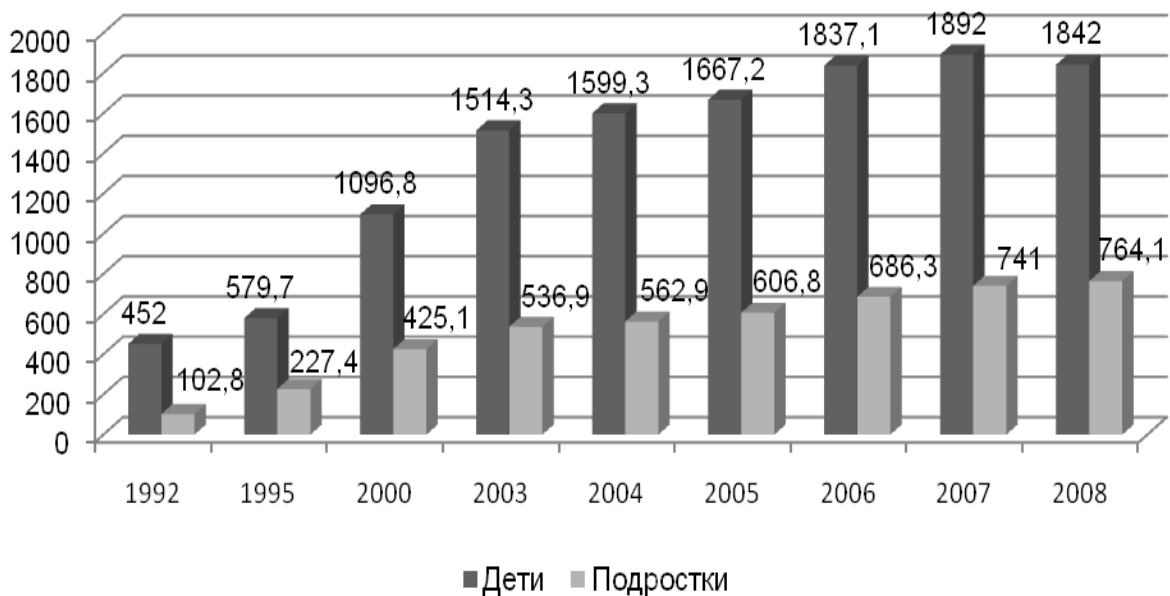


Рис. 1.9. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет анемиями (на 100 тыс. детского населения)

Увеличение числа детей больных анемией связано, вероятно, с недостатком в пищевых рационах мяса, фруктов, витаминов. Иными словами, рост заболеваемости анемией детей можно рассматривать как одно из проявлений низкого уровня жизни.

Заболевания системы кровообращения. Неуклонно растет число детей с впервые установленной патологией системы кровообращения. За 17 лет первичная обращаемость по поводу этой болезни выросла в 4,6 раз среди детей 0-14 лет (на 100 тыс. детского населения с 204,6 в 1991 г. до 941,8 в 2008 г.), и в 4,4 раза среди подростков 15-17 лет (с 387,8 в 1991 г. до 1716,8 в 2008 г.) (рис.1.3 и рис.1.4).

Заболевания системы кровообращения у детей привлекают пристальное внимание в связи с тем, что возраст начала многих, считавшихся ранее свойственными только взрослым, заболеваний значительно помолодел. Такие недуги как артериальная гипертензия, миокардиодистрофии, атеросклероз, ранее считавшиеся болезнями исключительно взрослых людей, все чаще регистрируются в более ранних возрастах. Так, например, за период с 1992 г. по 2002 г. заболеваемость артериальной гипертензией увеличилась в 11 раз у детей в возрасте 0-14 лет (с 2,4 в 1992 г. до 26,2 в 2002 г. на 100 тыс.) и в 3 раза у подростков (с 58,1 до 157 на 100 тыс.)².

² Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

Заболеваемость детей патологией мочеполовой системы продолжает увеличиваться. Она выросла среди детей до 14 лет в 3,9 раза (на 100 тыс. детского населения с 808,1 случаев в 1991 г. до 3129 в 2008 г.), среди подростков – в 5,4 раза (с 1096,5 до 5922,3 соответственно) (рис.1.3 и рис.1.4).

Анализ структуры заболеваемости внутри класса показывает, что рост патологии мочеполовой системы происходит преимущественно за счет увеличения заболеваний половой сферы. Среди детей до 14 лет в 2002 г. болезни почек и мочевыводящих путей составили 53,3%, а патология половой сферы – 46,7%, среди подростков 15-17 лет эти показатели были равны соответственно 39,6 и 60,4%³.

Заболевания кожи и подкожной клетчатки у детей и подростков занимают лидирующую позицию в структуре общей заболеваемости и имеют тенденцию к ежегодному росту (рис.1.10). Так, заболеваемость детей болезнями кожи составляла на 100 тыс. в 1991 г. 5060,0, а в 2008 г. – 9485,9; подростков 15-17 лет – соответственно 3710,9 и 8303,9 на 100 тыс.

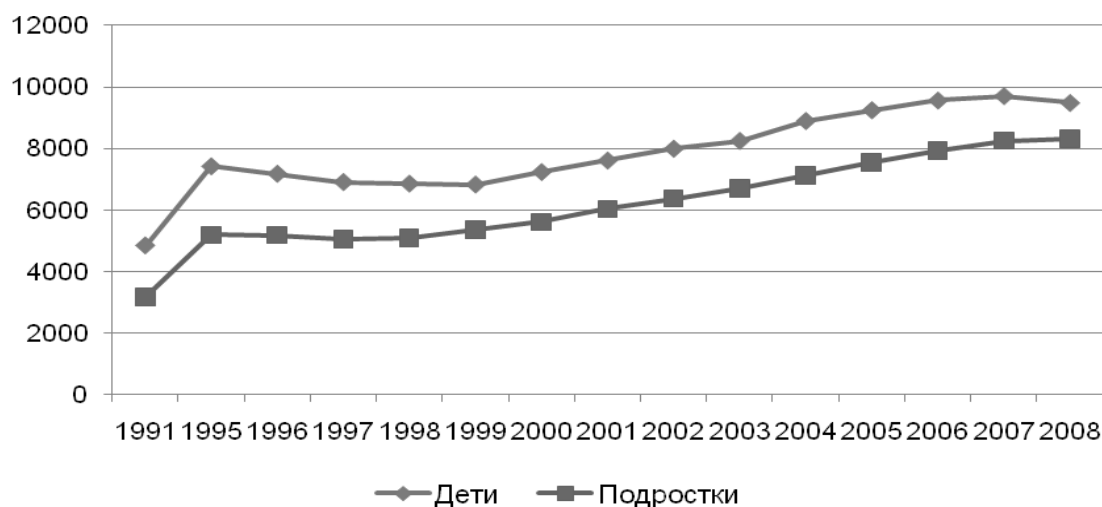


Рис. 1.10. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет болезнями кожи и подкожной клетчатки (на 100 тыс. детского населения)

Отмечаются высокие темпы роста заболеваемости детей и подростков **болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани** (рис.1.3 и рис.1.4). При этом уровень заболеваемости среди подростков выше, чем среди детей до 14 лет.

³ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

Ортопедическая заболеваемость представляет значительную угрозу здоровью детей. Регистрируемые в настоящее время реактивные артропатии, ювенильный артрит, системные поражения соединительной ткани составляют около 2% всей ортопедической заболеваемости детского населения. В то же время врожденный вывих бедра, косолапость, сколиоз, системные заболевания скелета, весьма широко распространенные среди детей, нередко являются причиной инвалидности.

Отрицательная динамика показателей ортопедической патологии (сколиозы и нарушение осанки) у подростков определяется условиями обучения, школьной нагрузкой, недостаточными профилактическими мерами в семье. Например, в столичном регионе до школы сколиозы и нарушения осанки выявляются соответственно в 0,3 и 6,3 случаях на 100 детей, а к 15-ти годам уже в 10,3 и 11,5 случаях на 100 детей (рис.1.11). Еще одной из предпосылок возникновения у детей и подростков заболеваний опорно-двигательного аппарата является микронутриентная недостаточность, дефицит в рационе питания кальция.

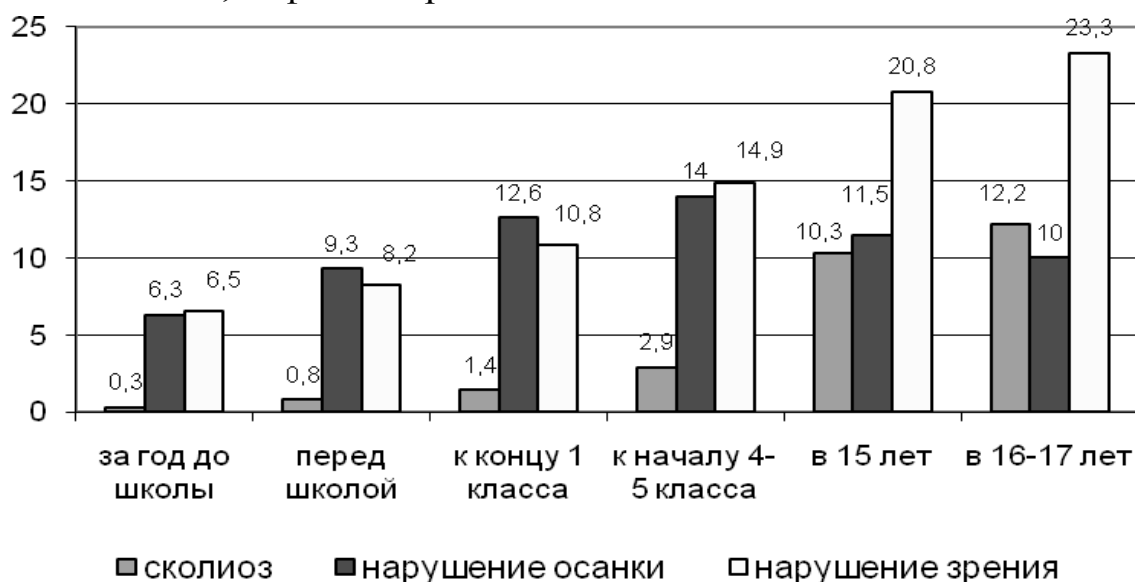


Рис. 1.11. Выявленные нарушения в результате профилактических осмотров в Москве (на 100 детей), 2006 г.

Источник: Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Заболеваемость врожденными аномалиями развития за период с 1991 г. по 2008 г. у детей до 14 лет выросла в 3,9 раза (на 100 тыс. детского населения в 1991 г. – 311,1, 2008 г. – 1211,2), среди подростков – в 4,5 раза (1991 г. – 79,4, 2008 г. – 355) (рис.1.12).

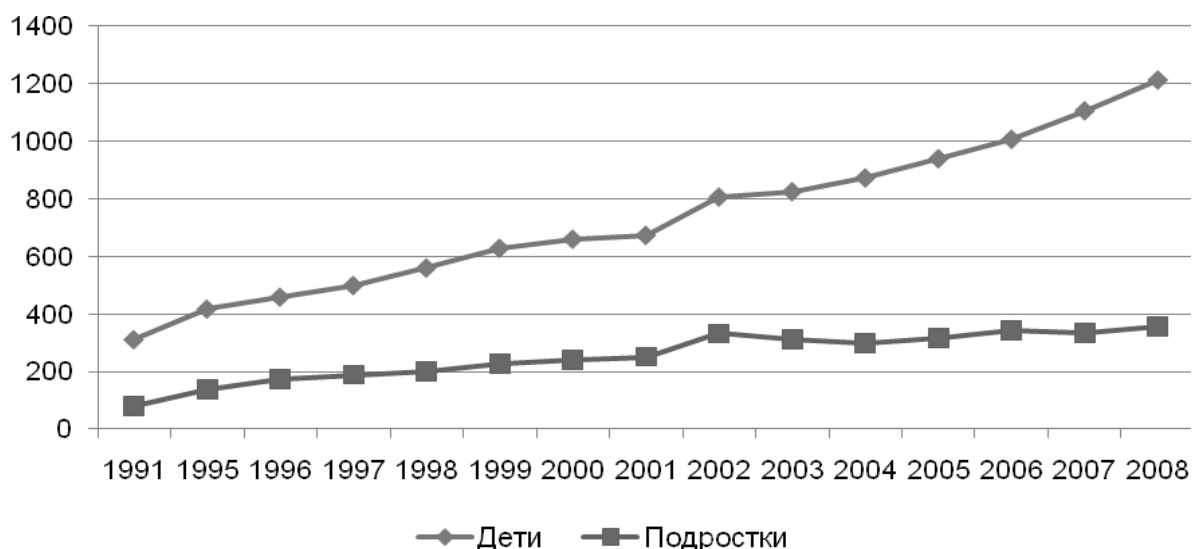


Рис. 1.12. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет врожденными аномалиями развития (на 100 тыс. детского населения)

В структуре врожденных аномалий развития 1-е ранговое место занимают пороки сердца и системы кровообращения (0,8%-2,5% среди новорожденных), далее примерно с одинаковой частотой (0,5-1%) следуют врожденные аномалии развития центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, аномалии скелета⁴. Реже встречаются врожденные аномалии развития мочевой системы и легких, но они мало доступны для ранней диагностики.

К неблагоприятным регионам Российской Федерации по показателям врожденных аномалий (пороков) развития детей (0-14 лет) относятся (рис.1.13): в Дальневосточном ФО – Амурская область, Еврейская автономная область, Камчатский, Приморский и Хабаровский края, а также Сахалинская область; в Сибирском ФО – Алтайский край, Иркутская, Кемеровская и Омская области; в Уральском ФО – Челябинская область; в Приволжском ФО – Нижегородская, Оренбургская, Самарская, Саратовская и Ульяновская области, а также Удмуртская и Чувашская Республики; в Северо-Западном ФО – Архангельская, Калининградская, Новгородская области, Ненецкий автономный округ, Республики Карелия и Коми, а также г. Санкт-Петербург; в Центральном ФО – Владимирская, Ивановская, Смоленская, Тамбовская и Ярославская области.

⁴ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

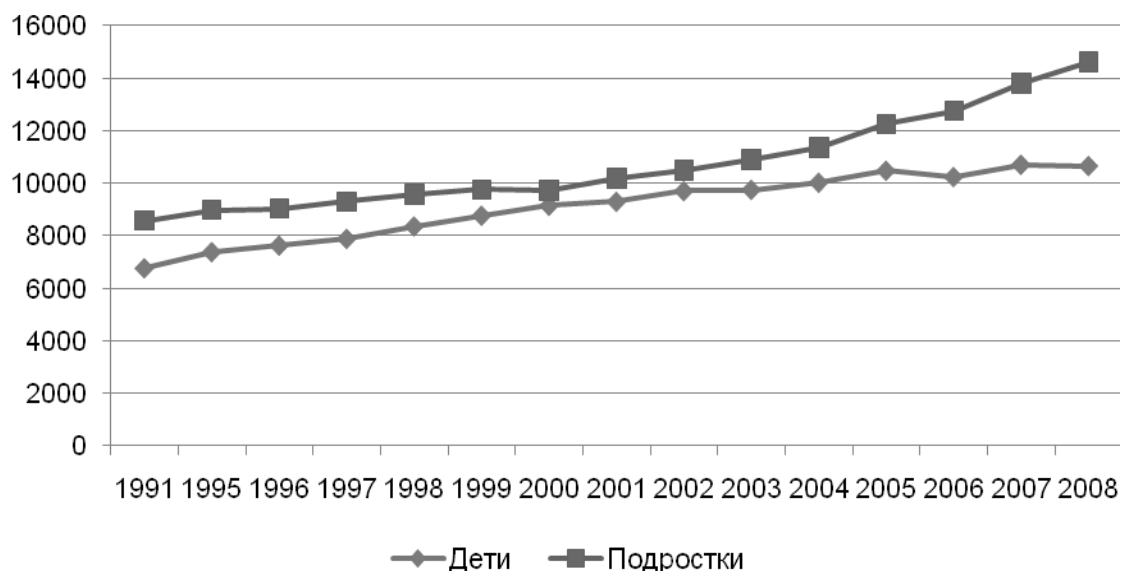


Рис.1.14. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет травмами, отравлениями и другими последствиями внешних причин (на 100 тыс. детского населения)

По данным выборочных исследований повреждения опорно-двигательного аппарата у детей распределяются в зависимости от возраста следующим образом: до 1 года – 2,3%, 1-4 лет – 23,8%, 5-7 лет – 21,9%, 8-10 лет – 21,1%, 11-14 лет – 30,9% всех травм⁵. Травмы преобладают у мальчиков, как правило, с самого младшего возраста.

Произошли некоторые изменения в структуре детского травматизма по месту их получения. В начале девяностых годов структура детского травматизма была следующей: бытовые травмы – 58,4%, уличные – 23,5%, школьные – 9,3%, спортивные – 4,9%, прочие – 3,9%. В настоящее время изменившиеся социально-экономические условия жизни значительно повлияли на структуру детских травм – существенно увеличилась доля уличных травм: бытовые травмы – 45,6%, уличные – 36,9%, школьные – 10,5%, спортивные – 3,5%, прочие – 3,5%. В ряде территорий страны уровень уличного травматизма не только равняется количеству травм, полученных в быту, но и превышает их.

⁵ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

Таблица 1.8

**Распределение травм и отравлений среди детей 0-17 лет по видам
(на 100 тыс. детского населения)**

	1995	2000	2005	2008
Все травмы и отравления, в том числе:	7028,5	7390,8	10988,5	11597,6
поверхностные травмы	4120,9	4321,3	4013,8	4326,5
открытые раны, травмы кровеносных сосудов			1998,3	1994,6
размозжения (раздавливание), травматические ампутации			15,1	13,8
переломы черепа и лицевых костей	91,2	99,7	100,4	94,5
переломы позвоночника, костей туловища, других и неуточненных областей тела			92,1	97,2
внутричерепные травмы	174,2	269,1	413,6	407,3
переломы костей верхней конечности	847,3	972,5	1487,0	1567,0
переломы костей нижней конечности	318,9	357,3	600,5	641,0
вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий	775,2	680,7	1407,9	1527,2
травмы нервов и спинного мозга	15,6	7	8,6	9,2
травмы внутренних органов грудной и брюшной областей, таза	25,6	41,5	11,2	13,6
термические и химические ожоги	396,9	365,6	294,3	302,2
отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами,	121,5	214,1	66,6	63,3
токсическое воздействие веществ, преимущественно немедицинского назначения				
последствия травм, отравлений, других воздействий внешних причин			86,6	99,9

Наиболее тяжелым является транспортный травматизм. Необходимо отметить, что за последние годы он остается на стабильно высоком уровне. Каждый год в авариях Россия теряет более тысячи молодых граждан. Еще свыше 20000 детей получают в происшествиях серьезные увечья, причем четверть покалеченных навсегда останутся инвалидами (табл.1.9). Процент летальности при транспортном травматизме достигает 15%, в то время как при общем травматизме этот показатель равен 0,6%. При этом больше всего страдают дети в возрастной группе от 7 до 14 лет (рис.1.15).

Таблица 1.9.
Количество детей до 16 лет, пострадавших в ДТП

	1999	2000	2001	2002	2003	2007	2008
Всего ДТП	22678	21913	21438	22882	25633	23851	21970
Всего погибло детей	1608	1521	1586	1504	1561	1116	1018
Всего ранено детей	22024	21321	21305	23397	25291	24707	22785

Источник: Дорожно-транспортный травматизм в Российской Федерации 1999-2003 гг., Транспорт и здоровье <http://www.healthroad.ru/php/content.php?group=229>;
Статистика аварийности в Российской Федерации за 2007г. и 2008 г., <http://www.gibdd.ru/>

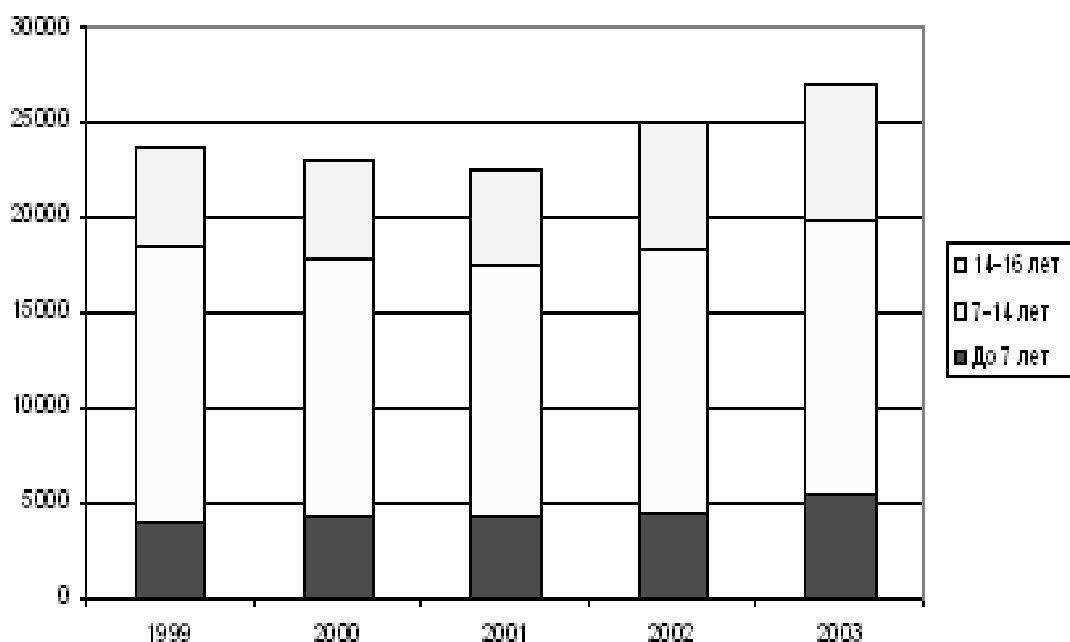


Рис. 1.15. Динамика и удельный вес детского травматизма в интервалах: до 7 лет, 7-14 лет и 14-16 лет (1999-2003 гг.)

Источник: Дорожно-транспортный травматизм в Российской Федерации 1999-2003 гг., Транспорт и здоровье. <http://www.healthroad.ru/php/content.php?group=229>

Пристальное внимание вызывает постоянно увеличивающаяся у детей **онкологическая патология**. За семнадцать лет заболеваемость новообразованиями выросла в 3,7 раза среди детей до 14 лет (на 100 тыс. детского населения в 1991 г. – 113, в 2008 г. – 413,3), а среди подростков 15-17 лет – в 5 раз (1991 г. – 67,3; 2008 г. – 338,8) (рис. 1.16).

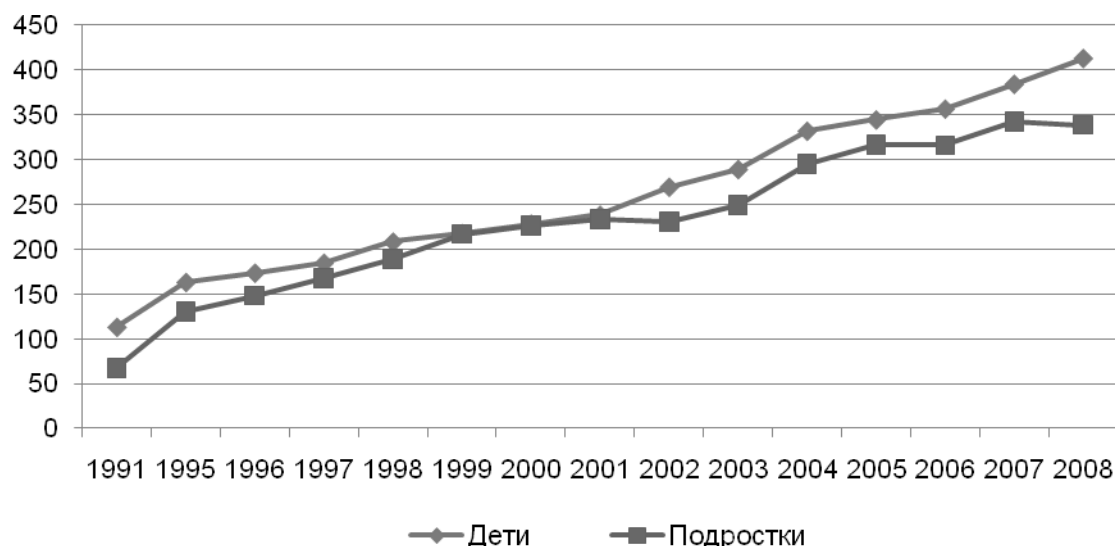


Рис. 1.16. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет новообразованиями (на 100 тыс. детского населения)

Отмечается высокий уровень накопления «груза» онкологической патологии по данным распространенности онкологических болезней. В настоящее время в России насчитывается 12,5 тыс. детей 0-14 лет, состоящих под наблюдением детских онкологов по поводу злокачественных новообразований различных локализаций. Заболеваемость данным видом патологий среди детей составляет 11,9 на 100 тыс. детского населения (табл.1.10).

Таблица 1.10.

Заболеваемость детей 0-14 лет злокачественными новообразованиями

	1990	1995	2000	2005	2008
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни:					
всего, тыс. человек	2,9	3,1	2,8	2,4	2,5
на 100 000 детей	8,5	9,9	10,7	11,2	11,9
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на конец года):					
всего, тыс. человек	7,6	10,7	12,4	11,9	12,5
на 100 000 детей	22,4	34,6	48,5	57,2	59,1

В стране регистрируется: лейкозов – 1370, неходжкинских лимфом – 350, болезни Ходжкина – 310, нефробластом и нейробластом – по 770, сарком мягких тканей и костей – по 770, ретинобластом и опухолей ЛОР-органов – по 110, опухолей головного мозга – 1980 и прочих опухолей – 220 случаев⁶.

В структуре онкологических заболеваний у детей преобладают гемобласты (43,6%), далее следуют опухоли центральной нервной системы (13,2%), почек, костей и мягких тканей. Наиболее часто среди гемобластозов встречаются острый лимфобластный лейкоз (36,2%), неходжкинские лимфомы (24,7%), болезнь Ходжкина (16,4%) и другие лейкозы (16,4%).

К территориям, наиболее неблагоприятным по показателям злокачественных новообразований среди детей (0-14 лет) относятся (рис. 1.17): в Дальневосточном ФО – Сахалинская область; в Сибирском ФО – Республика Тыва; в Приволжском ФО – Республика Мордовия; в Северо-Западном ФО – Новгородская область и Ненецкий автономный округ.



Рис.1.17. Территории риска по злокачественным новообразованиям у детей (0-14 лет). Данные ФИФ СГМ, 2007 г.

Источник: Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году»

⁶ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

Болезни органов пищеварения прочно заняли одно из лидирующих мест среди общей заболеваемости, как у детей, так и у подростков. С 1991 г. по 2008 г. произошел двукратный рост заболеваемости данной патологией среди детей в возрасте до 14 лет (на 100 тыс. детского населения соответствующего возраста соответственно 4060,6 и 8698,7) и подростков 15-17 лет (2918,7 и 6841,7) (рис.1.18).

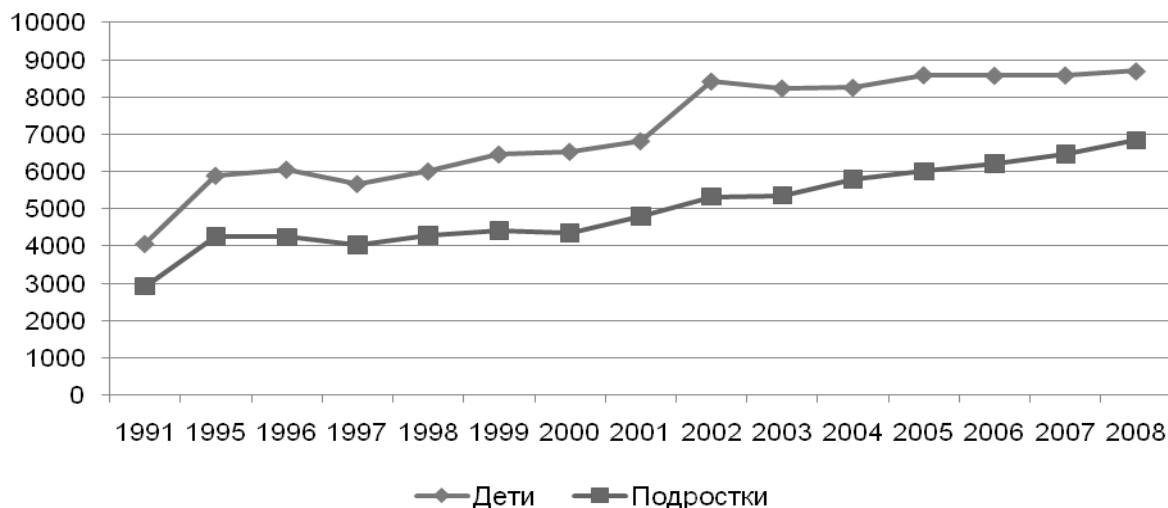


Рис. 1.18. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет болезнями органов пищеварения (на 100 тыс. детского населения)

Рост болезней пищеварительной системы обусловлен, с одной стороны, ухудшением качества питания, с другой – улучшением диагностических возможностей, внедрением новых, более совершенных методов выявления поражений пищеварительного тракта. Большую долю поражений органов пищеварения занимают воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта. На долю эзофагитов, гастритов, дуоденитов приходится до 46% , а у подростков – более 50% всех заболеваний органов пищеварения⁷. Имеет тенденцию к росту заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Следует отметить увеличение у детей, особенно младшего возраста, болезней печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Рост числа заболеваний печени отражает динамику увеличения заболеваемости инфекционной патологии среди детей и подростков, и, в первую очередь, хронического вирусного гепатита. Однако наряду с увеличением вирусных и инфекционных поражений печени, отмечается и стойкое нарастание желчнокаменной болезни. Камни в желчном пузыре и протоках нередко определяются у детей в возрасте от 4 лет и старше. В то

⁷ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

же время увеличивающиеся психоэмоциональные нагрузки, рост сопутствующей патологии приводят к увеличению частоты поражений поджелудочной железы. Вторичная недостаточность поджелудочной железы – частая патология, сопровождающая поражения органов пищеварения или болезни других органов и систем.

Сохраняется высокая заболеваемость детей *болезнями нервной системы* (рис.1.19). Следует отметить повышение заболеваемости детей до 14 лет детским церебральным параличом (ДЦП) с 24,1 в 1991 г. до 35,7 в 2008 г. на 100 тыс. детского населения. Среди подростков заболеваемость ДЦП выросла более существенно (с 8,0 в 1991 г. до 11,4 в 2008 г. на 100 тыс.) (рис.1.20).

В то же время произошел рост тяжелых форм заболеваний нервной системы, таких как эпилепсия, которая относится к числу первостепенных проблем в детской неврологии. Заболеваемость эпилепсией среди подростков увеличилась в 3 раза: с 22,3 в 1991 г. до 66,5 на 100 тыс. детей в 2008 г. (рис.1.21).

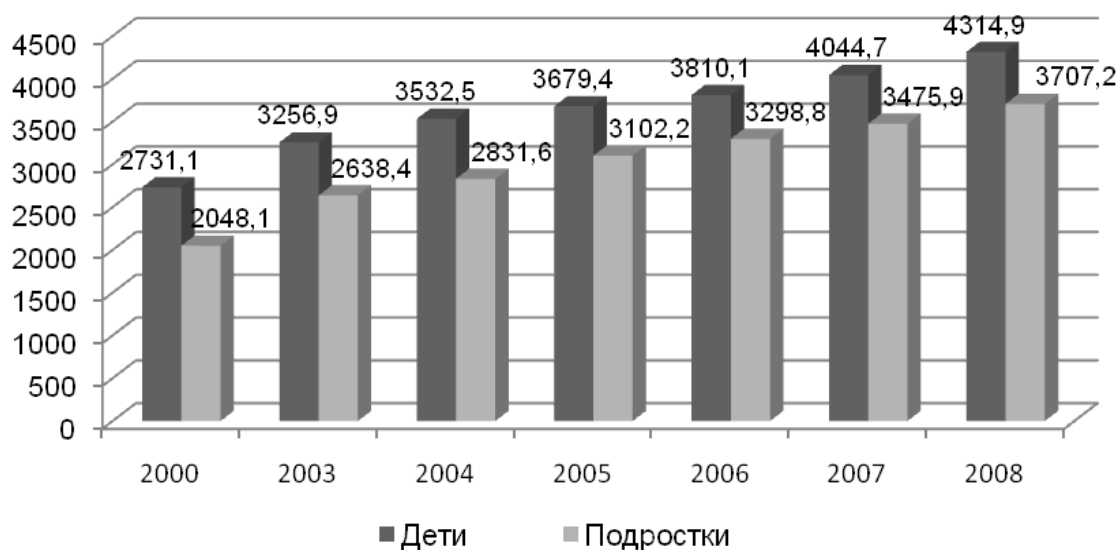


Рис. 1.19. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет болезнями нервной системы (на 100 тыс. детского населения)

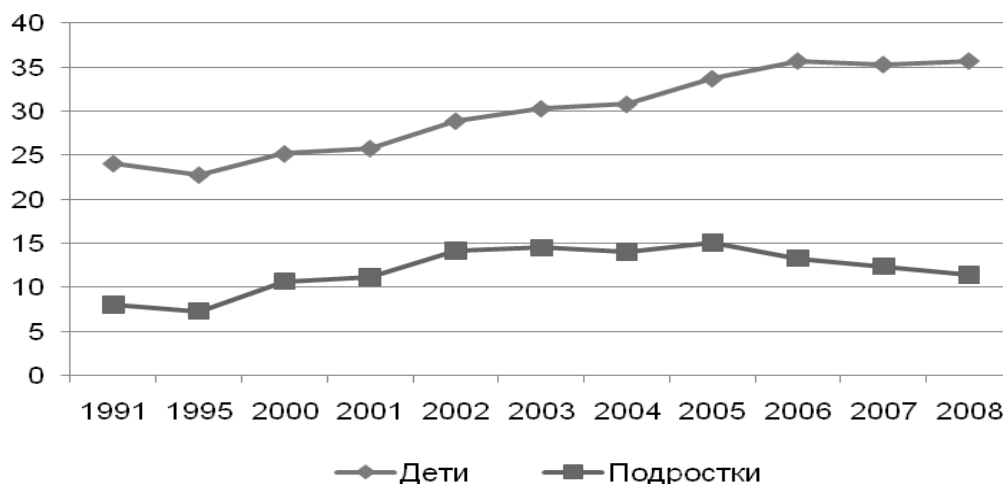


Рис. 1.20. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет детским церебральным параличом (на 100 тыс. детского населения)

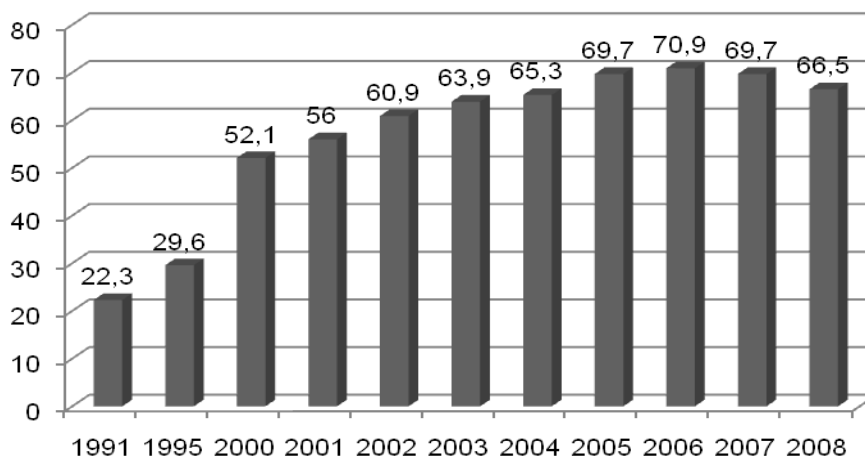


Рис. 1.21. Заболеваемость подростков 15-17 лет эпилепсией (на 100000 детского населения)

В настоящее время не может не вызывать беспокойства чрезвычайно высокая распространенность среди детей первого года жизни перинатальных поражений нервной системы⁸. В особенности велика распространенность этой патологии среди контингента преждевременно родившихся детей (до истечения 36-й недели), частота рождения которых не имеет тенденции к снижению. Перинатальная патология во многом обуславливает формирование инвалидизации и снижения качества жизни детей. Исходы перинатального поражения нервной системы лишь в 20-30% случаев заканчиваются выздоровлением. Инвалиды вследствие

⁸ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. М. 2003

болезней нервной системы составляют пятую часть (21%) от общего числа инвалидов 0-17 лет.

Заболеваемость патологией глаз у детей и подростков заметно превышает таковую среди взрослого населения и имеет тенденцию к увеличению (рис.1.22), что связано с нарастанием частоты врожденных заболеваний и аномалий развития, ретинопатий недоношенных, различных воспалительных заболеваний глаз, а также близорукости, составляющей около четверти всех детей с выявленными заболеваниями глаз и почти треть среди подростков.

Распространенность близорукости у детей в 2002 г. составила 4045,6 на 100 тыс. детского населения, а у подростков – еще выше 9189,8 на 100 тыс. подростков. Заболеваемость детей миопией за период 1992-2002 гг. выросла с 737,4 до 1175,6 на 100 тыс., у подростков – соответственно с 1333,0 до 1720,5.

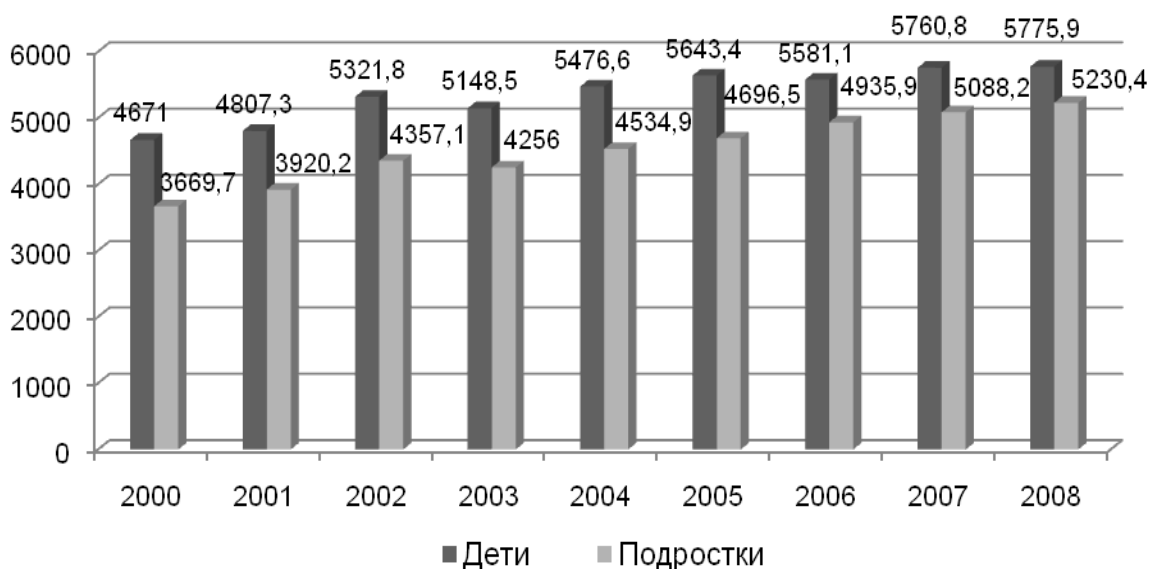


Рис. 1.22. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет болезнями глаза и его придаточного аппарата (на 100 тыс. детского населения)

По данным различных исследований частота миопии у школьников 7-8 лет составляет 1-4,5%, а у выпускников школ достигает 20-25%. При этом в 6-8% случаев выявляется миопия высокой степени, ведущая к выраженному нарушению зрения и резко ограничивающая возможности последующей профессиональной деятельности.

Ежегодно растет число детей и подростков, страдающих воспалительными заболеваниями уха и сосцевидного отростка (рис.1.23).

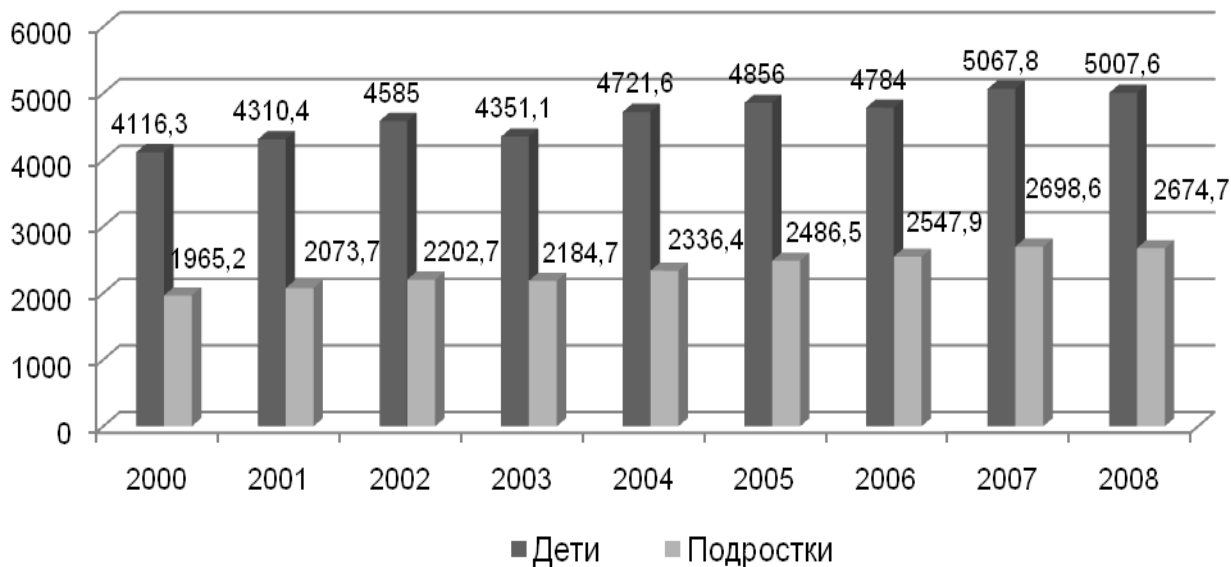


Рис. 1.23. Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет болезнями уха и сосцевидного отростка (на 100 тыс. детского населения)

Психические заболевания

Острой медико-социальной проблемой является состояние психического здоровья детей и, прежде всего, подросткового возраста.

Учет больных с психическими расстройствами осуществляется по двум направлениям – учитывается первичная обращаемость и число больных, находящихся на диспансерном учете. При этом число первичных больных увеличивается, а число состоящих на учете сокращается.

Так в 1990 г. число больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), обратившихся за консультативно-лечебной помощью, на 100 тыс. населения составило 221,5 человек среди детей 0-14 лет и 183 человека среди подростков 15-17 лет. В течение последующих 18 лет число обратившихся за помощью увеличилось и среди детей до 14 лет, и среди подростков – в 2,4 раза (соответственно до 524,2 и 436,6 на 100 тыс.) (табл.1.11).

Численность больных, которым оказывается консультативно-диагностическая помощь, возросла в 4 раза (в расчете на 100 тыс. с 487 до 1919,9 для детей и с 532 до 2311,8 для подростков) (рис.1.24).

Таблица 1.11.

Заболеваемость детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения (на 100 тыс. детского населения)

	1990	1995	2000	2005	2008
Дети					
Взято под наблюдение с диагнозом, установленным впервые в жизни:	217,7	205,8	180,6	155,7	129,4
психозы и состояния слабоумия	7,1	8,3	9,6	9,5	9,3
в том числе шизофрения	1,6	1,7	1,8	2,1	2,8
психические расстройства непсихотического характера	131,5	101,3	85,7	76,7	61,3
умственная отсталость (олигофрения)	78,8	95,9	84,9	69,4	58,8
Обратилось больных за консультативно-лечебной помощью:	221,5	397,2	453,7	530,8	524,2
Подростки					
Взято под наблюдение с диагнозом, установленным впервые в жизни:	181,4	154,5	189,7	113,8	96,5
психозы и состояния слабоумия	22,7	21,4	23	17,0	14,9
в том числе шизофрения	13,6	12,9	12,2	10,9	9,0
психические расстройства непсихотического характера	68	67,3	78	44,1	40,0
умственная отсталость (олигофрения)	92,3	65,8	90,3	52,6	41,6
Обратилось больных за консультативно-лечебной помощью:	183	273,9	429,9	428,2	436,6

Структура патологии за последние годы не меняется. Так среди детей в 41% случаев выявляются непсихотические психические расстройства, в 44% – умственная отсталость, в 8% – психозы (в т.ч. 1,8% – шизофрения). Среди подростков первое ранговое место занимает умственная отсталость (62%), второе – непсихотические психические расстройства (29,6%), третье – психозы (8,3%, в т.ч. шизофрения – 3%) (табл.1.12).

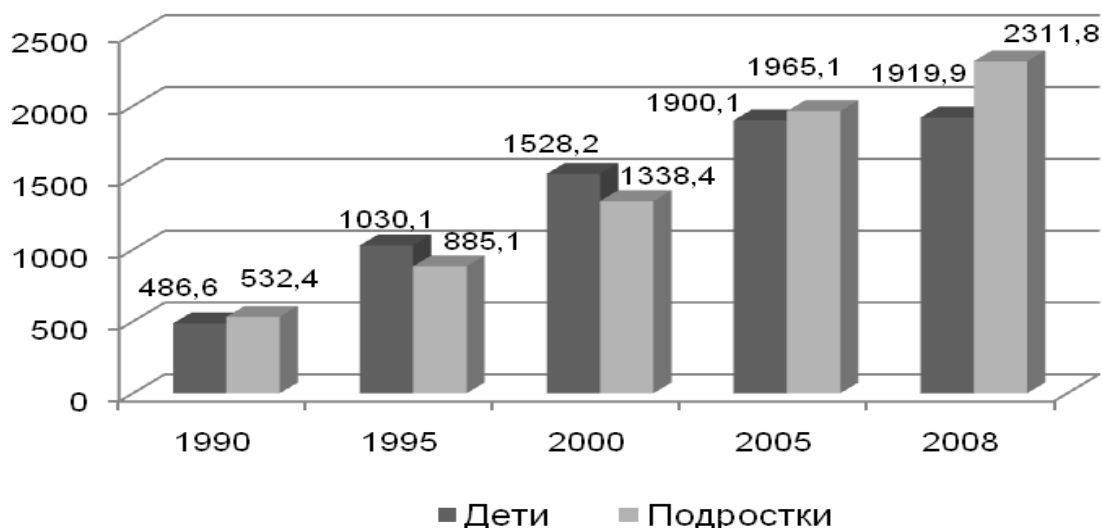


Рис. 1.24. Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь (на 100 тыс. детского населения)

Такие возрастные особенности структуры заболеваемости связаны с поздней выявляемостью умственной отсталости, а также со стабильностью патологических изменений при данных нарушениях. Таких больных редко снимают с диспансерного учета, и к старшему подростковому возрасту происходит их количественное «накопление», приводящее к преобладанию этой патологии в структуре психических заболеваний. Свидетельством того является рост инвалидности по психическому заболеванию. Психические нарушения занимают ведущее место среди болезней, приводящих к инвалидности детей (24%). Они являются причиной инвалидности в 20 раз чаще, чем заболевания органов пищеварения, в 8,5 раз чаще, чем злокачественные новообразования и заболевания органов дыхания, в 4-7 раз, чем патологии эндокринной системы, уха, глаз, костно-мышечной системы. С 1996 г. по 2008 г. число инвалидов по психическому заболеванию увеличилось практически в 2 раза (рис.1.25).

В настоящее время обозначилась проблема психических нарушений у детей раннего возраста. Официальные статистические данные о заболеваемости этой возрастной группы отсутствуют. В то же время, по данным Научного центра психического здоровья РАМН психические нарушения среди детей в возрасте от первых месяцев жизни до трех лет выявляются достаточно часто. Двадцатилетний мониторинг психического здоровья детей раннего возраста, проведенный в различных регионах (Москва, Волгоградская, Владимирская области и др.), показал, что если в начале 80-х годов на 100 малышей до 3-х лет приходилось 9 с психическими нарушениями и 30 составляли группу риска, то к концу 90-х годов таких детей выявлялось 15,5 и 35 соответственно [16].

Таблица 1.12.

Контингенты детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет, больных психическими расстройствами и расстройствами поведения (на 100 тыс. детей, на конец года)

	1990	1995	2000	2005	2008
Дети					
Численность состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях:	1584,4	1303,2	1275,7	1095,9	967,5
психозы и состояния слабоумия	63	61,7	75,4	74,2	73,8
в том числе шизофрения	10,8	11,1	12,7	14,6	17,1
психические расстройства непсихотического характера	764,7	603,5	517,9	455,0	400,8
умственная отсталость (олигофрения)	756,7	638	682	566,7	429,9
Подростки					
Численность состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях:	2727,9	2325	1832,5	1792,4	1853,2
психозы и состояния слабоумия	177,5	163,7	151,8	151,2	154,1
в том числе шизофрения	64,9	53,3	50,8	58,2	63,0
психические расстройства непсихотического характера	680,8	648,7	484,8	503,5	549,1
умственная отсталость (олигофрения)	1872,9	1512,6	1195,9	1137,7	1149,9

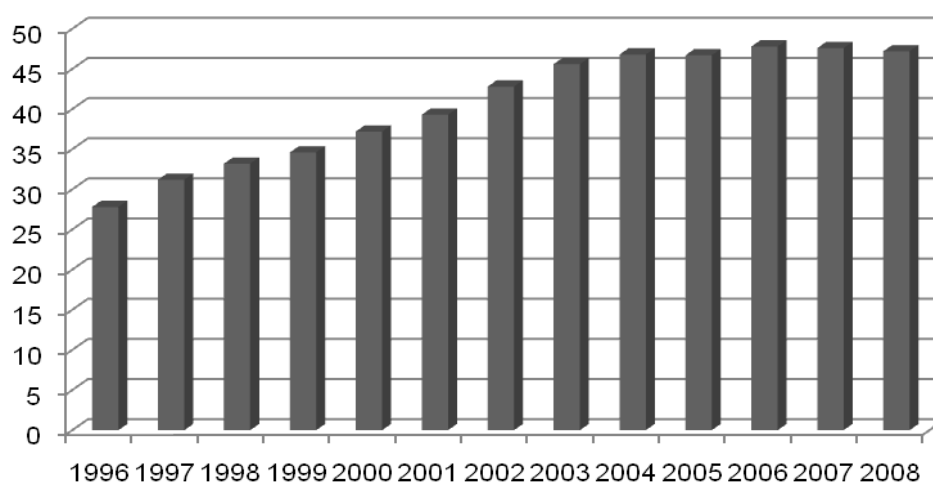


Рис. 1.25. Число детей 0-17 лет*, получивших инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения (на 10 тыс. детей)

* до 2000 г. 0-15 лет

Сложившийся уровень психического здоровья детей и подростков во многом определяет ограничение возможности получения полноценного общего среднего и профессионального образования, снижение уровня годности юношей к военной службе, влияет на возможность дальнейшего трудоустройства.

По данным Московского НИИ психиатрии Минздрава России частота пограничных психических расстройств среди детей всех возрастов, воспитанников и учащихся различных образовательных учреждений колеблется (по разным регионам) от 22,5% до 71%. По данным Психологического института РАО в школу в настоящее время приходят 20% детей с различными нарушениями психического здоровья. К концу их обучения в начальной школе эта цифра увеличивается до 60% [17].

По данным Министерства обороны Российской Федерации общая доля граждан, годных к военной службе без каких-либо ограничений, составила в 2009 г. 51%, а годных к военной службе с незначительными ограничениями – 49%. В структуре основных заболеваний, послуживших причиной освобождения и отсрочки от призыва на военную службу, психические расстройства находятся на втором месте (13,5%) после заболеваний костно-мышечной системы (20,7%).

Об ухудшении состояния психического здоровья юных россиян свидетельствует рост смертности от самоубийств (рис.1.26 и рис.1.27). Порой целые города охватывают эпидемии детских и подростковых суицидов. В результате самоубийств ежегодно погибает около 3000 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет. Данные на 2005 г.: 16 детей в возрасте 5-9 лет, 259 детей в возрасте 10-14 лет, 2360 подростков и молодых людей в возрасте 15-19 лет. Эти страшные цифры не учитывают случаев попыток к самоубийству.

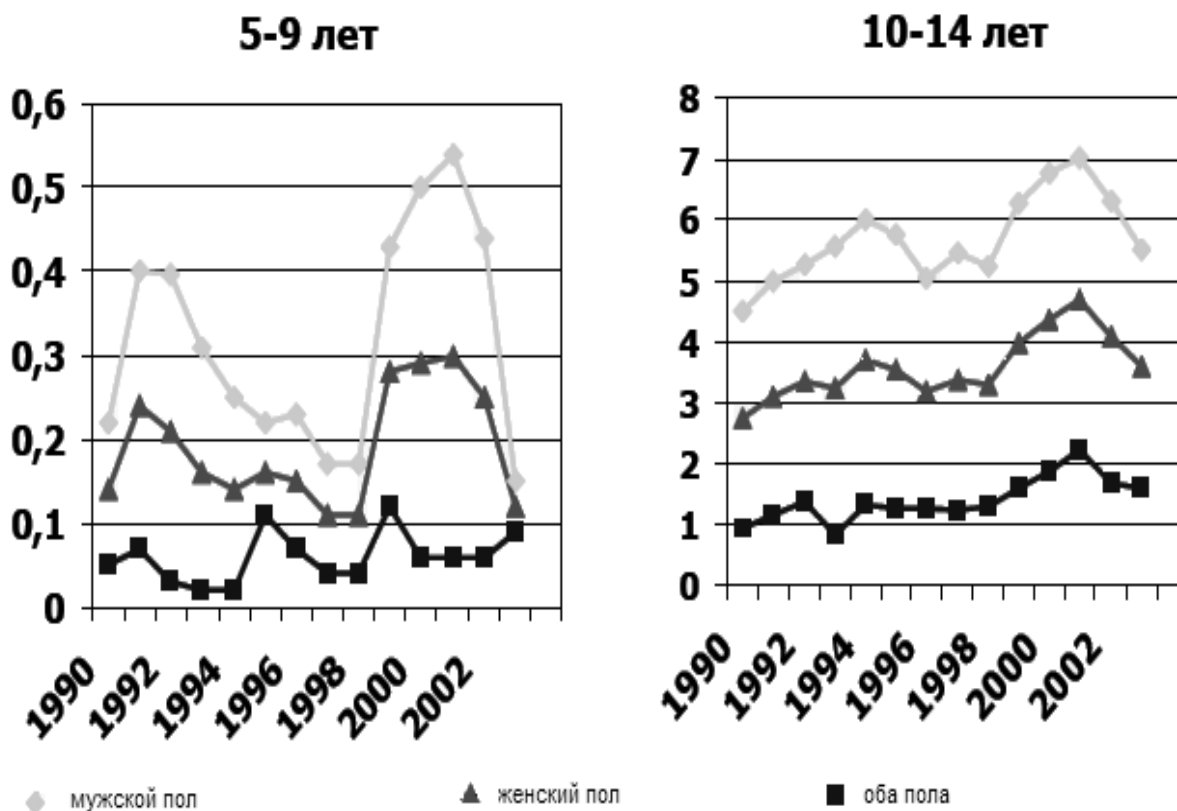


Рис. 1.26. Показатели смертности детей от самоубийств (на 100 тыс. детей)

Источник: Макушкин Е.В. Современное состояние детской психиатрии в Российской Федерации. Второй Национальный Конгресс «Социальные преобразования и психическое здоровье». Москва. 29-30 ноября 2006 г. <http://www.otrok.ru/doktor/info/makushkin.pdf>

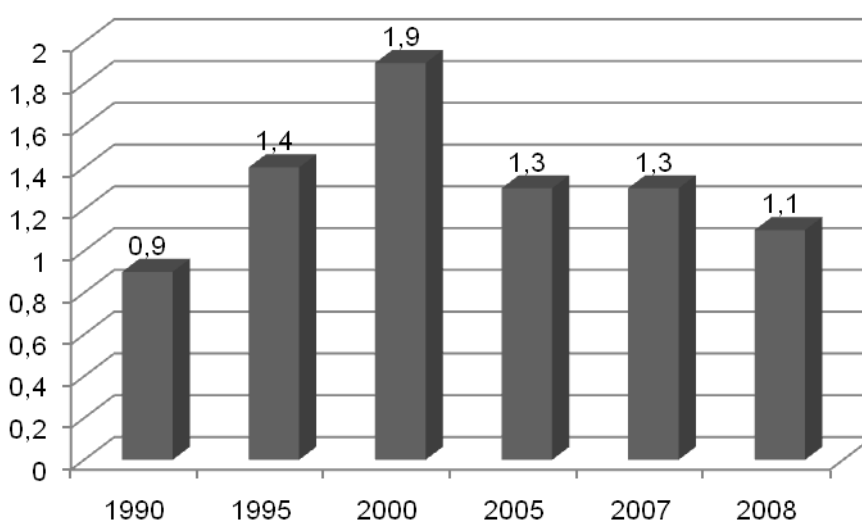


Рис. 1.27. Показатели смертности детей 0-14 лет от самоубийств (на 100 тыс. детей)

Репродуктивное здоровье

Особую значимость проблеме репродуктивного здоровья подростков придает демографическая ситуация в стране, обусловленная не только социальными причинами, но и низкими репродуктивными возможностями современных юношей и девушек.

Актуальной проблемой остается ухудшение состояния репродуктивного здоровья девушек-подростков. По данным ряда исследований *гинекологическая заболеваемость* в пубертатном периоде составляет 11-30%. По данным профилактических осмотров 2002 г. в России гинекологическая заболеваемость девочек-подростков составила 114‰⁹.

Девочки дошкольного и раннего школьного возраста чаще болеют воспалением нижних отделов половых путей (35-70%), старшекласницы – нарушениями менструального цикла. Заболеваемость девочек 15-17 лет нарушениями менструального цикла возросла в 3,4 раза за период 1992-2002 гг. (табл.1.13). С возрастом отмечается нарастание распространенности гинекологической патологии более чем в 2,5 раза – со 116,2 в 14 лет до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет [18].

Таблица 1.13.
Расстройства менструации у девочек 15-17 лет
(на 100 тыс. детского населения)

Годы	Заболеваемость	Распространенность
1992	655,0	1027,1
1993	326,4	1051,6
1994	...	1206,2
1995	928,5	1444,5
1996	1188,6	1811,7
1997	1310,2	2050,8
1998	1413,0	2238,8
1999	1780,2	2638,2
2000	1857,6	2838,2
2001	1975,2	3017,9
2002	2374,2	3468,3

Вследствие отсутствия полового воспитания и недостаточных знаний молодежи о сексуальности человека и проявлениях чувств, молодые люди, особенно подростки, считают, что любовь можно выразить только в сексуальных отношениях. К пятнадцати годам треть российских

⁹ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). МЗ РФ. М. 2003

подростков имеет **сексуальный опыт** (рис.1.28). Молодые люди в нашей стране быстро переняли зарубежную тенденцию к ранним половым связям, но совершенно не задумались о последствиях. Например, в Дании сексуальные отношения – обычное явление среди молодежи, однако при этом в стране наблюдается низкий уровень подростковой фертильности (количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет) и аборт (рис.1.28 и рис.1.29). Датские подростки достаточно грамотны в сексуальном плане и умеют предохраняться. В России же имеет место тотальная половая безграмотность.

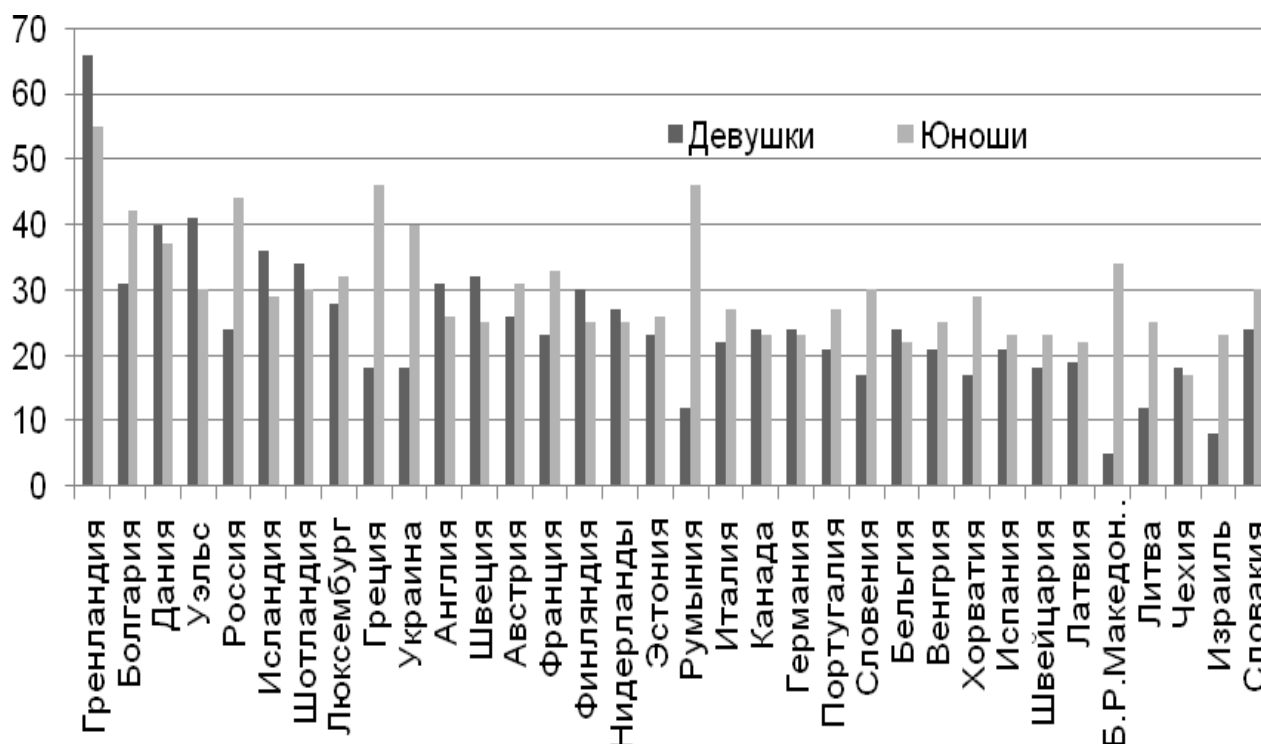


Рис. 1.28. Доля подростков в возрасте 15 лет, которые имели сексуальные контакты

Источник: Inequality of young people’s health. HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) international report from 2005/2006 survey

Проблема **подростковой беременности** в России вызывает особую озабоченность. Прошедшие годы характеризуются снижением рождаемости и увеличением числа детей, рожденных вне брака. Наибольшее число внебрачных рождений отмечается у матерей подросткового возраста. Согласно данным Росстата в 2008 г. у 30,5 девушек моложе 20 лет в расчете на 1000 родились дети (в 2007 – 29,1; в 2006 – 28,6). Такие малыши составляют около 10% от всех рожденных младенцев. При этом 2421 ребенок родился у девочек-подростков в

возрасте 15 лет и моложе (10 – у 12-летних или моложе, 35 – у 13-летних, 354 – у 14-летних, 2018 – у 15-летних), 8011 – у девушек в возрасте 16 лет, 21591 – 17 лет. Т.е. около 2% всех детей, рожденных в 2008 г., родилось у несовершеннолетних матерей.

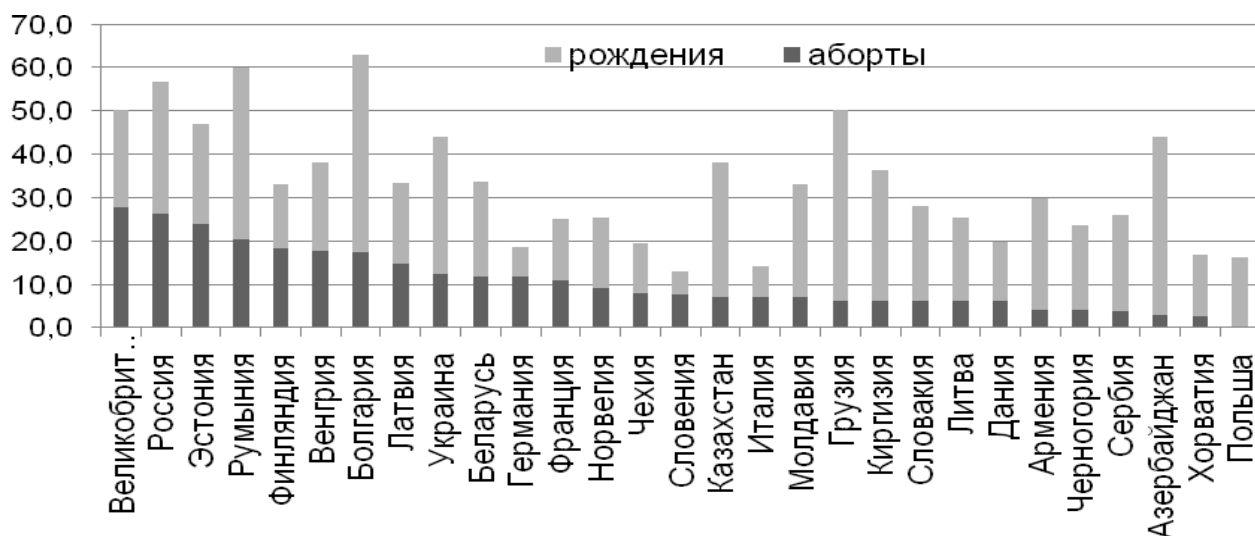


Рис. 1.29. Число аборт и живорождений у женщин в возрасте от 15 до 19 лет в некоторых Европейских странах (2003-2005 гг.)

Источник: TransMONEE 2010 DATABASE, UNICEF Innocenti Research Centre.

www.unicef-irc.org;

Sexuality education in Europe. A reference guide to policy and practice. The SAFE Project / IPPF European Network. Brussels. 2006

Ситуация с **абортами** среди девушек-подростков дает все основания для беспокойства даже при сравнении с общим высоким уровнем аборт в России. В 2008 г. число аборт среди девушек в возрасте от 15 до 19 лет составило 26 в расчете на 1000 девушек. Для девушек до 15 лет эта цифра была 0,3. Из общего числа всех искусственно прерванных беременностей 9% пришились на девушек в возрасте до 19 лет.

В возрастной группе до 20 лет наблюдается самая низкая доля мини-аборт и самая высокая доля аборт, выполненных при сроке беременности более 12 недель. По данным исследований 14,9% юных россиянок пытаются прервать беременность самостоятельно или с помощью частных лиц, употребляя недопустимые дозы и типы лекарственных препаратов либо подвергаясь криминальным внутриматочным вмешательствам [19].

Гинекологические заболевания, аборт, перенесенные в подростковом возрасте, часто становятся причинами бесплодия в браке. Частота осложнений после аборт у подростков в большинстве случаев в 2-2,5 раза выше, чем у женщин репродуктивного возраста [20]. У юных беременных чаще, чем у взрослых женщин, развиваются анемии, гестозы,

невынашивание, аномалии родовой деятельности, кровотечения. Материнская смертность среди девушек-подростков в несколько раз выше, чем в целом среди женщин. Отмечается снижение частоты рождения у них живых детей: у беременных 15-летнего возраста число детей, рожденных живыми с 1997 г. по 2001 г., снизилось на 30,5%, у 16-летних – на 20,4% и у 17-летних подростков – на 22,0%¹⁰.

В связи с более широким распространением добрачных сексуальных отношений в последние годы, когда подростки часто не имеют постоянного полового партнера, а также вовлечением детей и подростков в сферу оказания платных интимных услуг, крайне высок риск заболеваний, вызванных *инфекциями, передаваемыми половым путем* (ИППП). Заболеваемость ИППП в России значительно превышает такую в странах Центральной и Восточной Европы (рис.1.30).

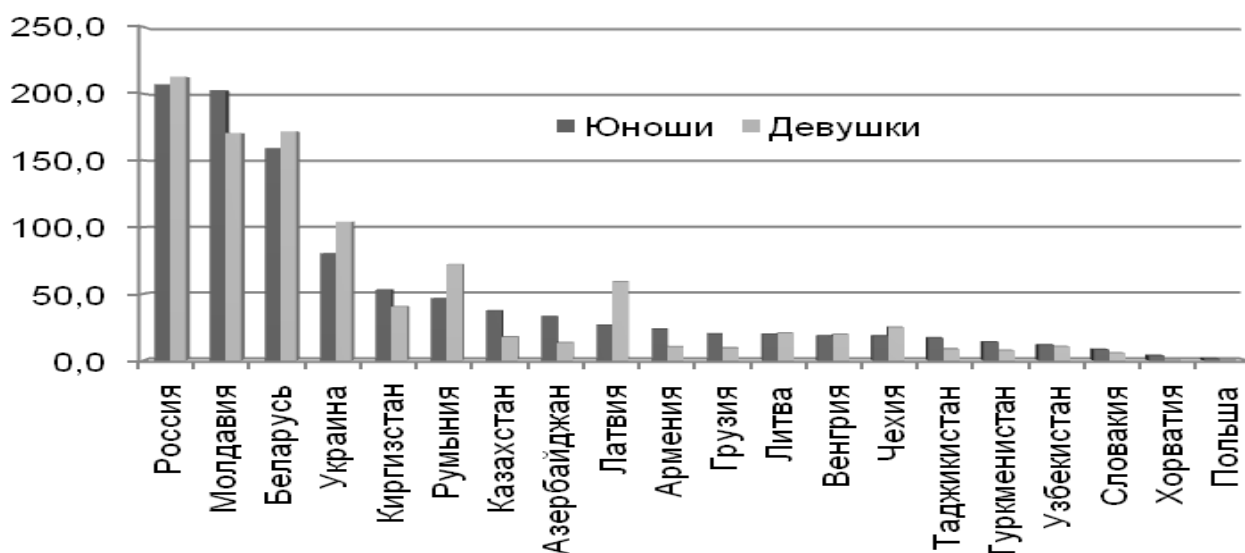


Рис. 1.30. Заболеваемость ИППП среди подростков 15-17 лет в 2008 г. (впервые зарегистрированные случаи сифилиса и гонореи на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Источник: TransMONEE 2010 DATABASE, UNICEF Innocenti Research Centre. www.unicef-irc.org

В середине 1990-х годов в нашей стране проблема ИППП, особенно сифилиса, приобрела характер эпидемии, причем впервые этим болезням были подвержены дети и подростки. Данные рисунка (рис.1.32) свидетельствуют о том, что в 1995 г., по сравнению с 1990 г., у девушек 15-17 лет число заболеваний сифилисом с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. подростков этого возраста увеличилось в 49 раз, а

¹⁰ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). МЗ РФ. М. 2003

среди юношей – в 48 раз. Начиная с 1992 г. отмечается рост заболеваемости сифилисом среди детей до 14 лет, пик которого пришелся на конец 90-х-начало 2000-х (рис.1.31). Впоследствии происходит постепенное снижение первичной заболеваемости сифилисом детей и подростков, однако уровень ее в 2008 г. остается по-прежнему высоким по сравнению с 1990 г. (у девушек – в 8 раз, у юношей – в 9 раз, у мальчиков – в 34 раз, у девочек – в 39 раз) и в десятки раз превышает таковой в развитых странах. Показатель заболеваемости сифилисом у девушек 15-17 лет в 2008 г. на 30% превышает общую заболеваемость населения.

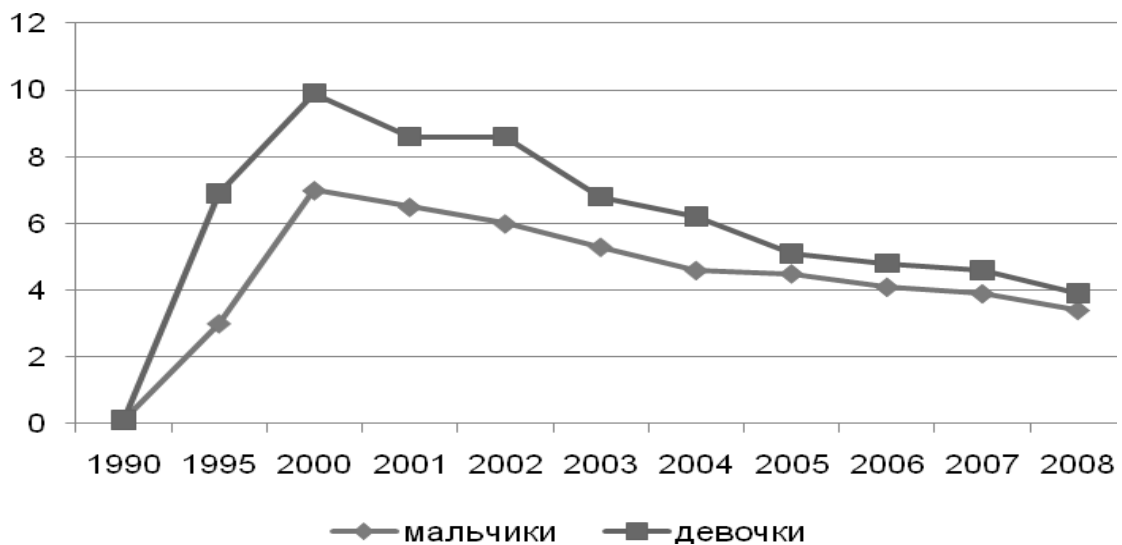


Рис. 1.31. Заболеваемость сифилисом среди детей 0-14 лет (выявлено больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

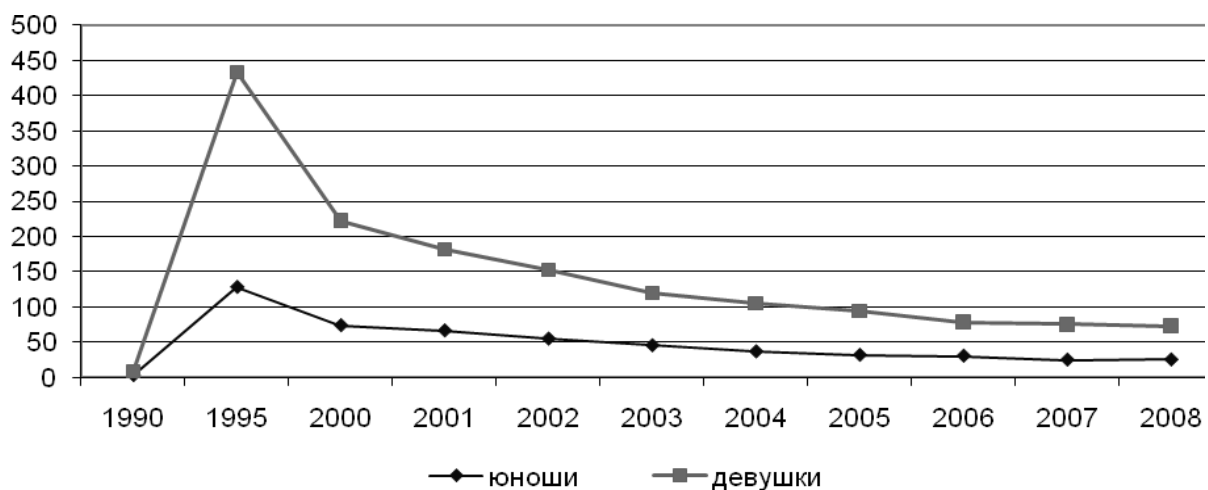


Рис. 1.32. Заболеваемость сифилисом среди подростков 15-17 лет (выявлено больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Инвалидность

Концентрированным отражением уровня и качества здоровья подрастающего поколения может считаться показатель инвалидности. Он наиболее наглядно иллюстрирует резкое снижение функциональных возможностей организма детей и подростков, реакций приспособления и защиты. В 2008 г. было зарегистрировано 506,6 тысяч детей-инвалидов в возрасте до 17 лет (около 2% детского населения) (табл. 1.14).

Показатель детской инвалидности в России ниже, чем в странах Запада (например, в Великобритании – 2,6%, в США – 4%). Однако, по мнению специалистов, реальное число детей инвалидов в России 1-1,5 млн. Многим детям инвалидность не оформляют, механизм ее установления на практике работает очень плохо, нередко случаи, когда детей снимают с инвалидности (тем самым лишая их положенных льгот) [21]. По данным Аналитического управления Аппарата Совета Федераций [22] особенно часто не оформлена инвалидность у детей с болезнями кожи и подкожной клетчатки, хроническими заболеваниями органов пищеварения, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Ведущими причинами формирования инвалидности в детском возрасте являются заболевания нервной системы и органов чувств (32%), психические расстройства (24%), врожденные аномалии развития (19%) (табл.1.15).

Таблица 1.14.
Численность детей-инвалидов в возрасте до 17 лет

	2000*	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Всего, тыс. человек	554867	604944	583550	561881	556907	527100	506600
На 10 000 детей	201,7	207,1	204,2	205,0	205,0	197,3	193,1

* в возрасте 0-15

Дети в возрасте 10-17 лет составляют преобладающую часть среди всех детей-инвалидов, по данным 2006 г. – 60,2% (335069 детей-инвалидов). Из них 53,6% (179695 детей) – дети в возрасте 10-14 лет и 46,4% (155373 ребенка) – дети в возрасте 15-17 лет [23].

Динамика распространенности инвалидности у детей различных возрастных групп представлена на рис. 1.33. По сравнению с 2001 г. показатель инвалидности у детей 10-14 лет увеличился на 13%, а подростков в возрасте 15-17 лет – на 25%.

Таблица 1.15.

Распределение численности детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности (на 10 тыс. детей)

	2000	2005	2007	2008
Все болезни, из них:	197,9	200,3	197,3	193,1
некоторые инфекционные и паразитарные болезни, из них:	1,6	1,5	1,6	1,6
туберкулез	0,3	0,6	0,6	0,5
вирусные инфекции центральной нервной системы	0,4	0,2	0,1	0,1
новообразования	5,3	5,5	5,5	5,5
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	2,2	2	2	2
из них нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния	1,3	1,2	1,1	1,1
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	8,9	11,2	11,4	11,3
из них сахарный диабет	4,9	7,2	7,4	7,5
психические расстройства и расстройства поведения	37,2	47,5	47,6	47,2
болезни нервной системы	42,2	42,1	42	41,9
из них воспалительные болезни центральной нервной системы	1,6	1,4	1,2	1,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	13	11,8	11	10,5
болезни уха и сосцевидного отростка	9,5	9,8	10,1	10,2
болезни системы кровообращения	1,7	2	2,2	2,2
болезни органов дыхания	9,1	7,1	6,1	5,6
болезни органов пищеварения	3,1	2,4	2,3	2,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	2,6	1,8	1,5	1,3
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	9,6	8,5	7,4	6,9
болезни мочеполовой системы	6,6	4,9	4,3	3,8
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1,2	0,6	0,6	0,6
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	37,5	36,8	37,6	36,8
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,3	4,6	3,9	3,4

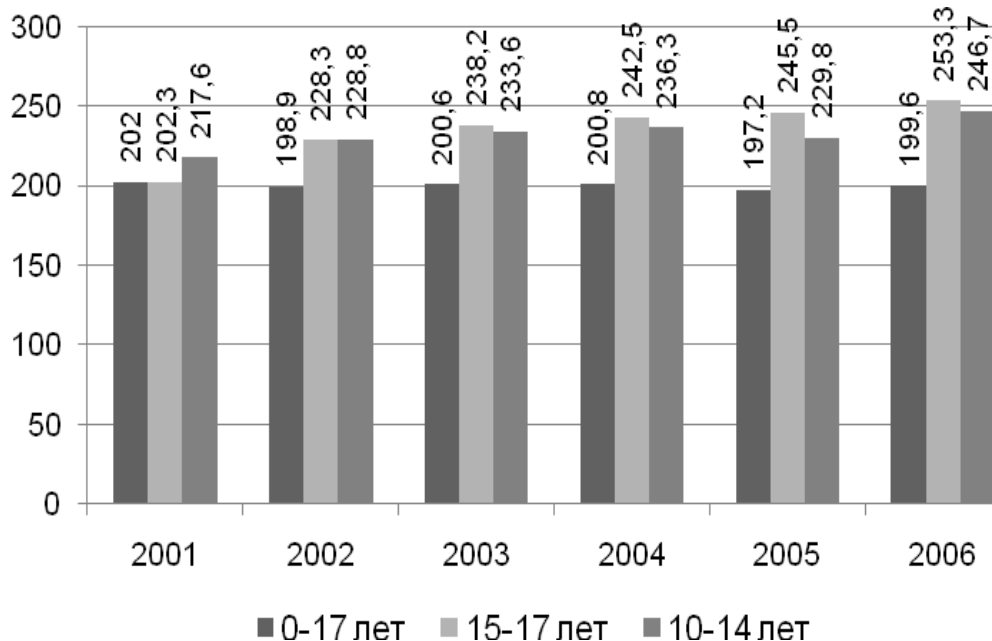


Рис. 1.33. Динамика распространенности инвалидности в 2001-2006 гг. среди детей в возрасте 10-14, 15-17 и 0-17 лет в РФ (на 10 тыс. соответствующего населения)

Источник: Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность подростков в Российской Федерации // Информационно аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. 2008. №4(8)

Распространенность инвалидности на протяжении всего анализируемого периода характеризуется преобладанием ее у мальчиков.

Наиболее высокие показатели распространенности инвалидности у детей в возрасте 10-14 лет зарегистрированы в Усть-Ордынском АО, Республиках Алтай, Тыва, Дагестан, Чеченская Республика, низкие показатели – в Ненецком АО, Мурманской области, Ямало-Ненецком АО, Саратовской и Ярославской областях. Неблагоприятная обстановка по подростковой инвалидности сложилась в Усть-Ордынском АО, Республиках Алтай, Тыва, Дагестан, Чеченская Республика, самые низкие показатели подростковой инвалидности отмечены в Ненецком АО, Мурманской области, Ямало-Ненецком АО, Саратовской и Ярославской областях (рис. 1.34).

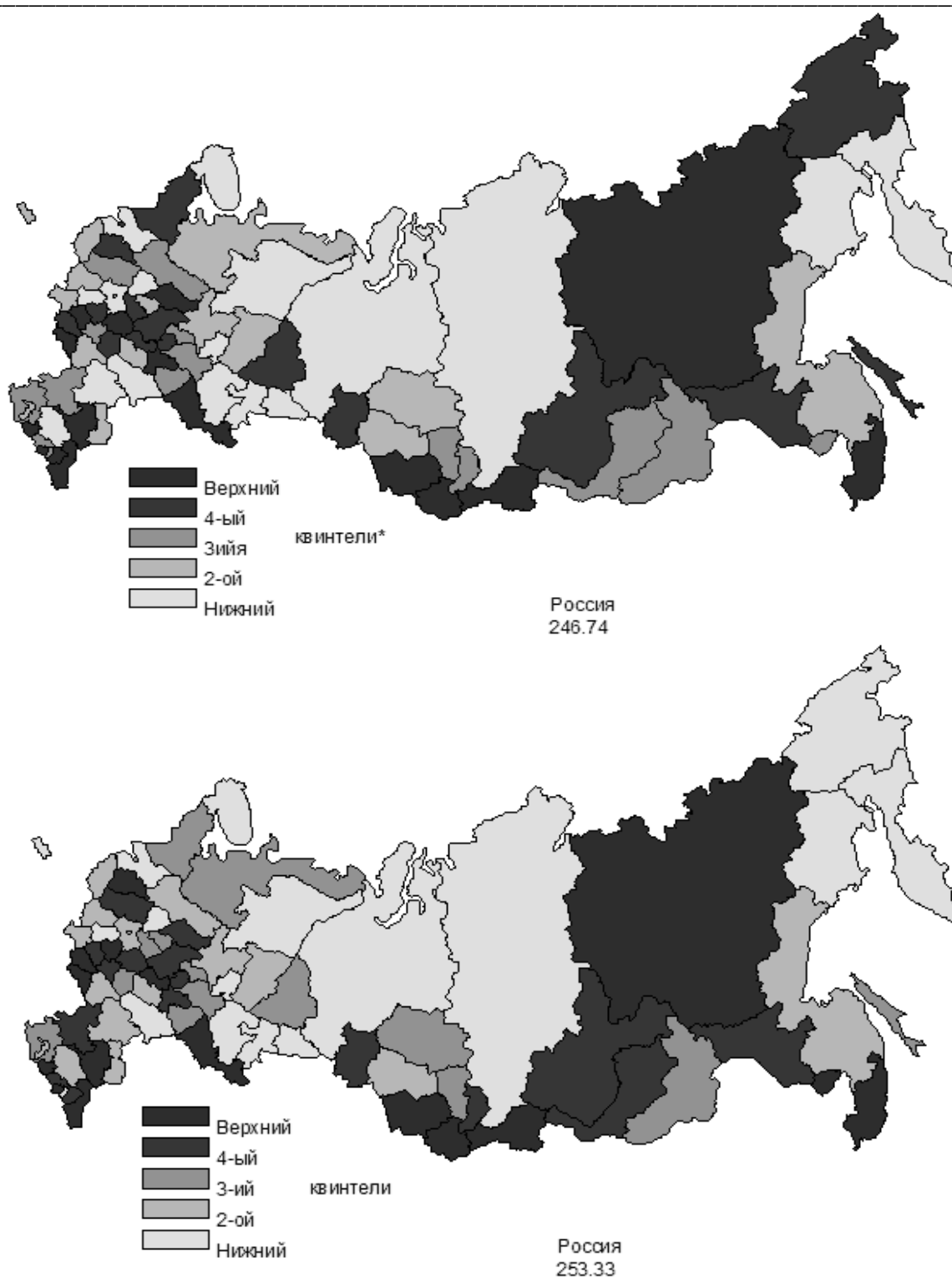


Рис. 1.34. Распространенность инвалидности у детей 10-14 лет и подростков 15-17 лет в 2006 г. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Источник: Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность подростков в Российской Федерации // Информационно аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. 2008. №4(8)

Инвалидность детей является важнейшим индикатором ухудшения состояния их здоровья, что связано, прежде всего, с недостаточным охватом населения медико-генетической помощью, неэффективной дородовой диагностикой патологии плода, недостаточной эффективностью послеродовой реабилитации, наличием различных заболеваний у матери, в том числе формирующихся в подростковом возрасте, прогрессированием алкоголизма, наркомании, токсикомании, недостаточным развитием системы реабилитационных учреждений для детей, плохими градоэкологическими условиями развития детей.

Ухудшаются **показатели физического развития**. Если ранее в стране отмечалось массовое ускоренное физическое развитие детей (акселерация), то сейчас все чаще отмечается обратное явление – задержка физического развития, позднее половое созревание и пр. Появился и соответствующий термин – децелерация. Число детей, имеющих нормальный вес, снизилось среди мальчиков на 16,9%, среди девочек – на 13,9%. Среди детей с отклонениями массы тела преобладают лица с её дефицитом (80%). Увеличилось число низкорослых детей (1,5% среди мальчиков и 1,0% среди девочек). Снизились функциональные возможности – на 18-20% мышечная сила, на 15% жизненная емкость легких. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания¹¹.

Данные о том, сколько же здоровых детей в российской популяции не отличаются высокой достоверностью. По данным отечественной литературы, число здоровых детей может колебаться от 2% до 80% [24]. По данным Научного Центра Здоровья Детей РАМН (НЦ ЗД РАМН) в настоящее время лишь не более 3-10% детей (в зависимости от возраста) можно признать полностью здоровыми¹². Лонгитюдное обследование «Качество будущих поколений», начатое в 1995 г. сотрудниками Института социально-экономических проблем народонаселения (ИСЭПН РАН) совместно с Вологодским научно-координационным центром (ВНКЦ ЦЭМИ РАН), свидетельствует о том, что в течение жизненного цикла происходит интенсивное ухудшение здоровья ребенка [25,26,27,28]. Из 70%, родившихся здоровыми, в младших классах школы таковыми остаются только 10-12%, в средних – 8%, а в старших – 3-5%. Такой колоссальный разброс данных говорит об отсутствии единого определения и критериев здоровья детей.

¹¹ Резолюция X Конгресса педиатров России "Актуальные проблемы педиатрии". Москва. 2006. http://www.pediatr-russia.ru/hotnews/congress_x.html

¹² Там же

По данным Всероссийской диспансеризации 2002 г. (осмотрено всего 30 млн. 400 тыс. детей) 32,4% детей признаны здоровыми (I группа здоровья), 51,7% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), 16,2% – хронические заболевания (III - IV - V группы здоровья).

Доля здоровых детей (с I группой здоровья) до 1 года составляет 29%. К 3-м годам жизни удельный вес здоровых детей увеличивается до 39,6%. В дальнейшем их количество постепенно снижается вплоть до 14 лет и составляет 27,5% (уменьшение в 1,4 раза). В возрасте 15-17 лет происходит увеличение доли здоровых детей до 32% (рис. 1.35).

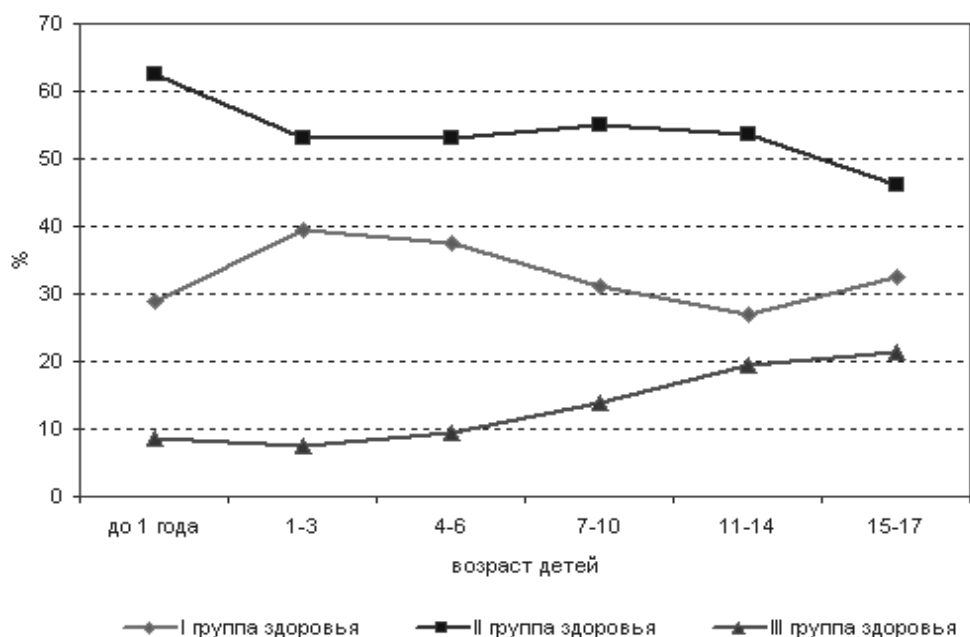


Рис. 1.35. Распределение детей по группам здоровья в различные возрастные периоды

Вторая группа здоровья (функциональные отклонения) абсолютно преобладает среди детей всех возрастных групп. Максимальная доля детей со второй группой здоровья зарегистрирована в возрастном периоде до 1 года (61,9%). В дальнейшем происходит уменьшение их числа за счет перехода в первую и третью группу здоровья. В возрасте 1-14 лет доля детей со второй группой здоровья относительно постоянна и составляет в среднем 52-54%. Дальнейшее уменьшение второй группы здоровья происходит в возрастном периоде 15-17 лет до 45,8%.

С возрастом увеличивается доля детей с хроническими заболеваниями (III группа здоровья). Так, если в возрасте до 1 года доля детей с третьей группой здоровья составляет 8,97%, к 7-10 годам – 14,9% (увеличивается в 1,7 раза), а в возрасте 15-17 лет – 22% (увеличивается в 2,5 раза по отношению к детям в возрасте до 1 года). В подростковом возрасте

каждый пятый ребенок имеет хроническое заболевание или является ребенком-инвалидом.

Объективные показатели здоровья детей могут быть дополнены субъективными, полученными в результате опроса самооценками состояния здоровья.

Таблица 1.16.

**Самооценки по пятибалльной шкале здоровья детей
в России и в Англии***

Возраст (лет)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Итого
		Россия, РМЭЗ, 2004																
Мальчики	Очень хорошее/ Хорошее	78	73	78	67	57	59	72	66	56	59	63	68	63	52	65	69	65
	Среднее	22	24	21	29	43	37	28	32	42	41	34	28	34	46	35	31	33
	Очень плохое/ Плохое	0	3	1	4	0	3	0	2	2	0	3	4	2	2	0	0	2
Девочки	Очень хорошее/ Хорошее	87	80	64	66	73	69	58	50	58	56	56	66	58	53	60	56	61
	Среднее	13	18	34	30	22	31	37	49	41	39	43	34	39	45	39	39	36
	Очень плохое/ Плохое	0	2	1	4	5	0	5	1	1	5	1	0	3	1	1	6	3
		Англия, 2002																
Мальчики	Очень хорошее/ Хорошее	95	91	92	92	93	89	93	94	95	92	94	93	92	91	92	91	93
	Среднее	4	7	7	7	7	10	6	6	4	7	5	7	7	8	7	8	6
	Очень плохое/ Плохое	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Девочки	Очень хорошее/ Хорошее	94	93	92	93	95	90	92	94	93	92	92	94	92	92	91	91	93
	Среднее	5	5	6	6	4	9	6	5	7	6	8	5	7	7	6	9	6
	Очень плохое/ Плохое	1	2	2	1	1	2	2	1	0	2	0	1	1	1	3	0	1

* Источник: The health of children and young people, Health Survey for England 2002, Kerry Sproston and Paola Primatesta (ed.),

<http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/deps/doh/survey02/hcyp/hcyp.htm>

В таблице (табл.1.16) представлены самооценки здоровья детей¹³, полученные на основе анализа данных Российского мониторинга экономики и здоровья (РМЭЗ или по англ. RLMS) и Обследования здоровья в Англии, которые убедительно свидетельствуют о том, что здоровье российских детей значительно хуже по сравнению с их сверстниками в Англии: доля детей, имеющих хорошее и очень хорошее здоровье, в России – около 60%, в то время как в Англии – 90%.

Согласно обследованию «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) [29], проведенному ВОЗ, Россия относится к странам (вместе с Украиной), в которых наибольшее число детей имеет здоровье не выше среднего (рис.1.36).

По данным РМЭЗ доля детей, имеющих хронические патологии, составляет 22,4%. Среди девочек хроников чуть больше, чем среди мальчиков (24,1% и 20,9% соответственно). Из таблицы (табл.1.17) ясно видно, что доля хронически больных детей увеличивается с возрастом: если в возрастной группе 0-6 лет доля хронически больных составляла 11,9% то к возрасту 14-17 лет увеличилась до 31,3%. Чем старше становятся дети, тем больше «букет» хронических заболеваний (доля детей, имеющих 2 и больше хронических заболеваний, в возрастной группе 0-6 лет – 1,7%, 7-13 лет – 6,1%, 14-17 лет – 7,9%).

Таблица 1.17.

Наличие хронических заболеваний в зависимости от пола и возраста, РМЭЗ, 2004 г. (%)

	Мальчики			Девочки			Оба пола		
	0-6	7-13	14-17	0-6	7-13	14-17	0-6	7-13	14-17
Все дети, из них	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Не имеют хрон. заболеваний	88,3	77,4	71,3	87,9	73,1	65,9	88,1	75,2	68,7
Имеют 1 хрон. заболевание	9,4	18,9	21,0	11,0	18,4	26,1	10,2	18,7	23,4
Имеют 2 и больше хрон. заболеваний	2,3	3,7	7,7	1,1	8,5	8,0	1,7	6,1	7,9

¹³ Здоровье детей в возрасте 0-13 лет оценивалось их родителями, а после 13 лет – самими детьми.

ГЛАВА 1. Состояние здоровья детей

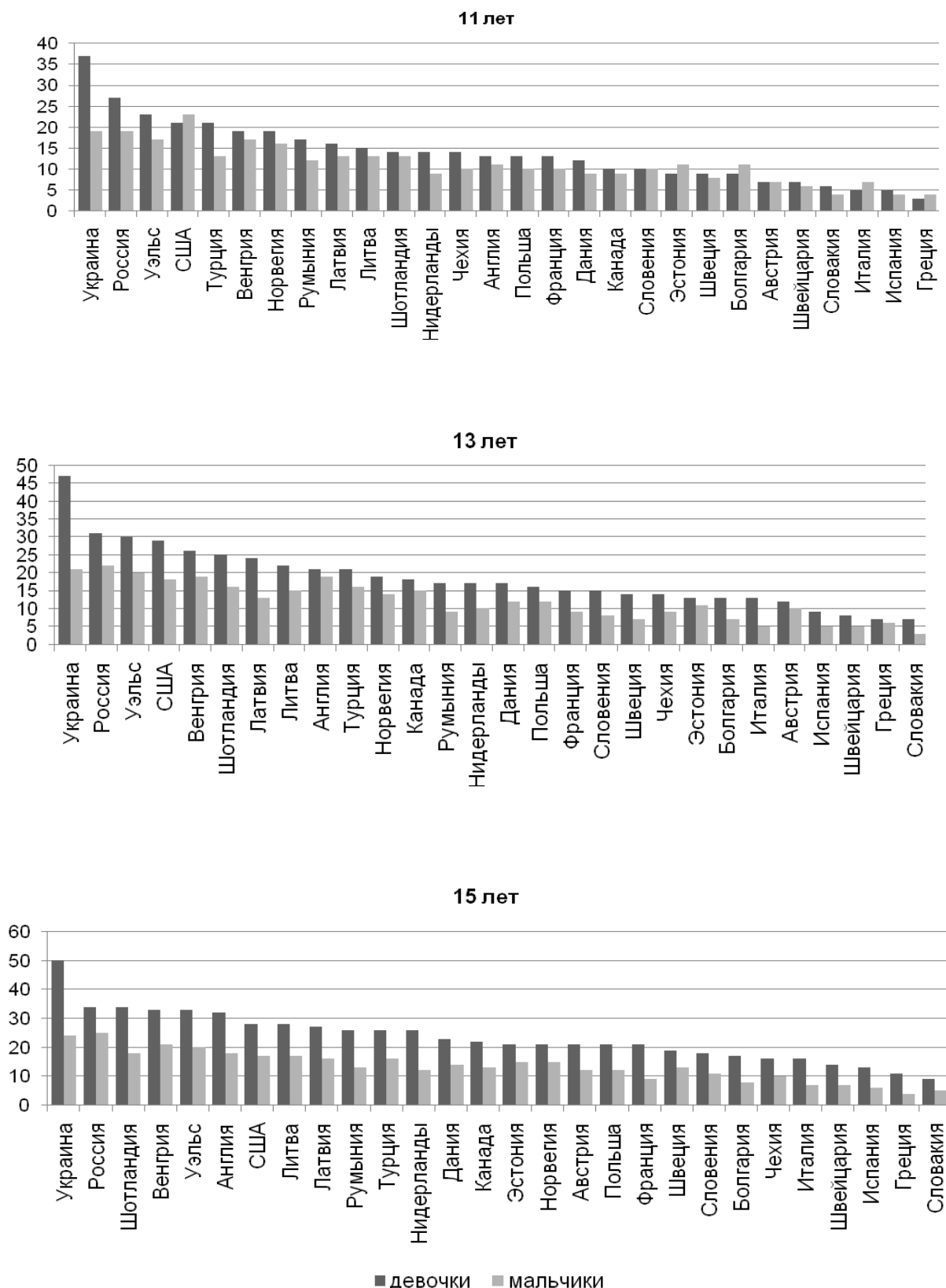


Рис. 1.36. Доля детей (%), оценивших свое здоровье как среднее и плохое (по 4-х балльной шкале)

Источник: Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey, <http://www.hbsc.org/>

В структуре указанных хронических заболеваний (помимо «других») на первом месте находятся заболевания желудочно-кишечного тракта (24,8%) и позвоночника (21,5%). За ними следуют заболевания легких (12,6%) и сердца (12,3%) (табл. 1.18).

Таблица 1.18 .
Структура хронических заболеваний* в зависимости от возраста,
РМЭЗ, 2004 г.(%)

	0-6	7-13	14-17	Итого
Заболевания сердца	6,3	15,4	11,8	12,3
Заболевания легких	11,7	13,0	12,5	12,6
Заболевания печени	4,5	7,1	7,2	6,7
Заболевания почек	4,5	9,8	9,1	8,6
Заболевания желудочно-кишечного тракта	18,9	23,2	28,9	24,8
Заболевания позвоночника	9,9	21,3	26,6	21,5
Другие заболевания	61,3	42,1	35,4	42,7

* В сумме все заболевания дают не 100%, т.к. дети могут иметь несколько заболеваний

Детская и подростковая смертность

Смертность – наиболее объективный и важный показатель состояния здоровья (нездоровья) из имеющихся в официальной статистике. Он особенно чувствителен к воздействию как непосредственных, так и более косвенных детерминант здоровья, включая политику, связанную со здоровьем.

Кризисные годы отрицательно сказались на динамике смертности всех возрастных групп (табл.1.19). Особенно выраженным в 1995 г. был скачок смертности у подростков в возрасте 15-19 лет: ее показатель вырос в расчете на 1000 лиц соответствующего возраста с 1,6 в 1990 г. до 2,4 в 1995 г. среди мальчиков и соответственно с 0,6 до 0,9 среди девочек. К 2008 г. детская смертность практически во всех возрастных группах снизилась. Наиболее впечатляющие успехи были достигнуты в снижении смертности детей до года. Заметно снизилась смертность детей первого и второго пятилетия. Что касается смертности детей в возрасте 10-19 лет, то принципиального снижения величины этого показателя к 2008 г. не произошло. Анализ смертности детского населения по возрастным группам свидетельствует о том, что самую высокую интенсивность смерти имеют дети до года и подростки 15-17 лет. Таким образом, для того, чтобы добиться заметного сокращения детской смертности, усилия

должны быть, прежде всего, направлены на первый год и подростковый период жизни детей.

Таблица 1.19.

Смертность детского населения по отдельным возрастным группам (на 1000 населения соответствующего возраста)

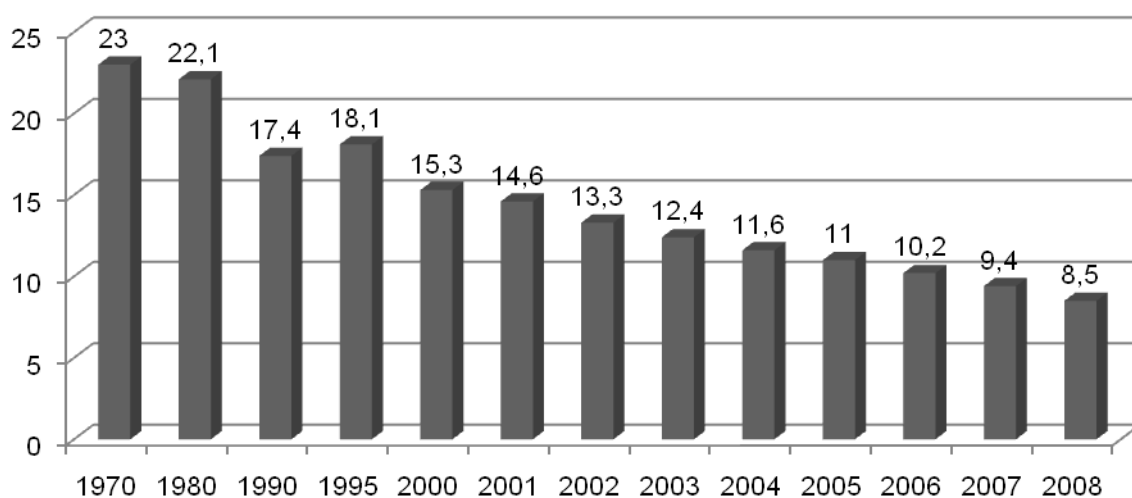
	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
мальчики							
0-4	4,4	4,6	4,4	3,3	3	2,8	2,6
в т.ч. до 1 года	20	20,5	17,3	12,5	11,4	10,5	9,5
5-9	0,7	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4
10-14	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4
15-19	1,6	2,4	2,1	1,6	1,6	1,5	1,5
девочки							
0-4	3,3	3,5	3,3	2,5	2,3	2,2	2,1
в т.ч. до 1 года	14,7	15,5	13,2	9,4	9	8,1	7,5
5-9	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
10-14	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
15-19	0,6	0,9	0,8	0,7	0,6	0,7	0,6

Младенческая смертность

Младенческая смертность характеризует состояние здоровья матери и ребенка, а также качество оказания медицинской помощи во время беременности, родов и после рождения. Несмотря на снижение (рис.1.37), младенческая смертность все еще остается высокой – 8,5 умерших на 1000 родившихся в 2008 г., что существенно выше, чем в странах Запада (рис.1.38). Для сравнения: этот показатель составляет в Люксембурге 1,8, Швеции – 2,5, Германии – 3,9, Великобритании – 4,8 умерших в возрасте до года на 1000 родившихся живыми. Следует также иметь в виду, что российские показатели несопоставимы с зарубежными из-за различий в определении младенческой смертности. В случае перехода на международные стандарты показатель младенческой смертности в России увеличится приблизительно на треть [30].

Отмеченные за период позитивные сдвиги достигнуты, прежде всего, за счет двукратного снижения смертности детей до года от болезней перинатального периода, однако они еще остаются ведущей причиной смерти детей на первом году жизни (табл.1.20). Второй важный компонент сокращения смертности детей раннего возраста – снижение смертности от болезней органов дыхания (в 4 раза). Существенный

прогресс достигнут в сокращении потерь за счет инфекций (в 4,5 раза). Таким образом, особенностью смертности детей на первом году жизни является то, что она в большой мере обусловлена различными состояниями и нарушениями в перинатальном периоде, а также врожденными аномалиями. То есть основные причины, обусловившие смерть ребенка, связаны исключительно с проблемами мам. С другой стороны, если даже будущая мама и заботится о своем здоровье, другие факторы, такие как окружающая среда, условия работы и т.п. влияют на ее здоровье. Немаловажное значение имеет и низкое качество родовспоможения.



**Рис. 1.37. Младенческая смертность в России
(на 100 тыс. родившихся живыми)**

В 2008 г. территориями «риска», где величины показателя младенческой смертности превышают средний уровень, являлись следующие субъекты Российской Федерации (рис.1.39): в Дальневосточном ФО – Приморский и Хабаровский края, Амурская и Магаданская области, Еврейская автономная область, Корякский и Чукотский автономные округа; в Сибирском ФО – Томская область, Усть-Ордынский Бурятский автономный округ, Республики Алтай, Бурятия, Тыва и Хакасия; в Уральском ФО – Курганская область и Ямало-Ненецкий автономный округ; в Южном ФО – Республики Дагестан и Ингушетия, Волгоградская и Ростовская области, а также Чеченская и Кабардино-Балкарская Республики; в Северо-Западном ФО – Ненецкий автономный округ и Архангельская область; в Центральном ФО – Рязанская область.

К числу благополучных территорий по младенческой смертности можно отнести Агинский Бурятский и Таймырский автономные округа, г.

Санкт-Петербург, Республику Коми, Калининградскую, Тюменскую и Самарскую области, Республику Карелия.

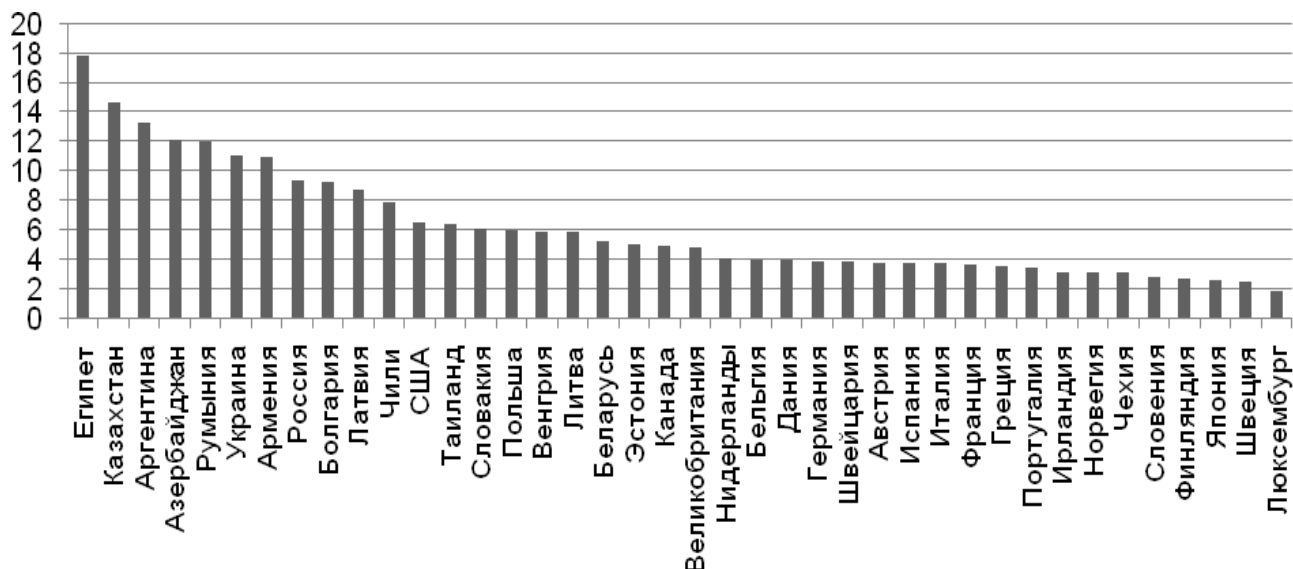


Рис. 1.38. Младенческая смертность в мире (на 100 тыс. родившихся живыми), 2007г.



Рис. 1.39. Территории риска по младенческой смертности. Данные ФИФ СГМ, 2007 г.

Источник: Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году»

Таблица 1.20.

***Младенческая смертность по основным классам причин
(на 10 тыс. родившихся живыми)***

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин, в том числе от:	174	181,2	153,3	146,5	133,1	123,6	115,7	109,7	102,2	93,6	85,2
некоторых инфекционных и паразитарных болезней	13,4	12,7	9,2	8,0	6,7	5,9	5,4	5,0	4,1	3,8	3,0
болезней органов дыхания	24,7	24,2	16,5	14,4	12,2	10,5	9,6	8,3	7,8	6,9	6,1
болезней органов пищеварения	1,1	1,1	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,4
врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений	37,0	41,8	35,5	34,4	31,3	30,2	28,0	26,9	24,5	22,7	20,6
отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	80,1	78,5	67,7	66,4	61,6	57,0	51,9	49,1	47,3	42,9	39,3
внешних причин	7,1	10,1	9,7	9,2	8,2	8,6	8,0	7,6	6,7	6,4	5,9

Подростковая смертность

Уровень подростковой смертности в России беспрецедентен для мирного времени (рис.1.40). В нашей стране зарегистрированы самые высокие не только среди развитых стран, но и государств Центральной и Восточной Европы уровни смертности детей в возрастной группе 15-19 лет. При этом основной причиной смерти являются внешние причины – травмы в результате несчастных случаев, самоубийств или насилия, отравления. На их долю приходится более 80% всех случаев раннего ухода из жизни.

Риск смерти для юношей примерно в 3 раза выше, чем для девушек (в 2008 г. уровень смертности на 100 тыс. составляет соответственно 147,5 и 62) (рис.1.41), что объясняется большей вероятностью для юношей умереть от внешних причин (115,1 для юношей против 40,5 для девушек).

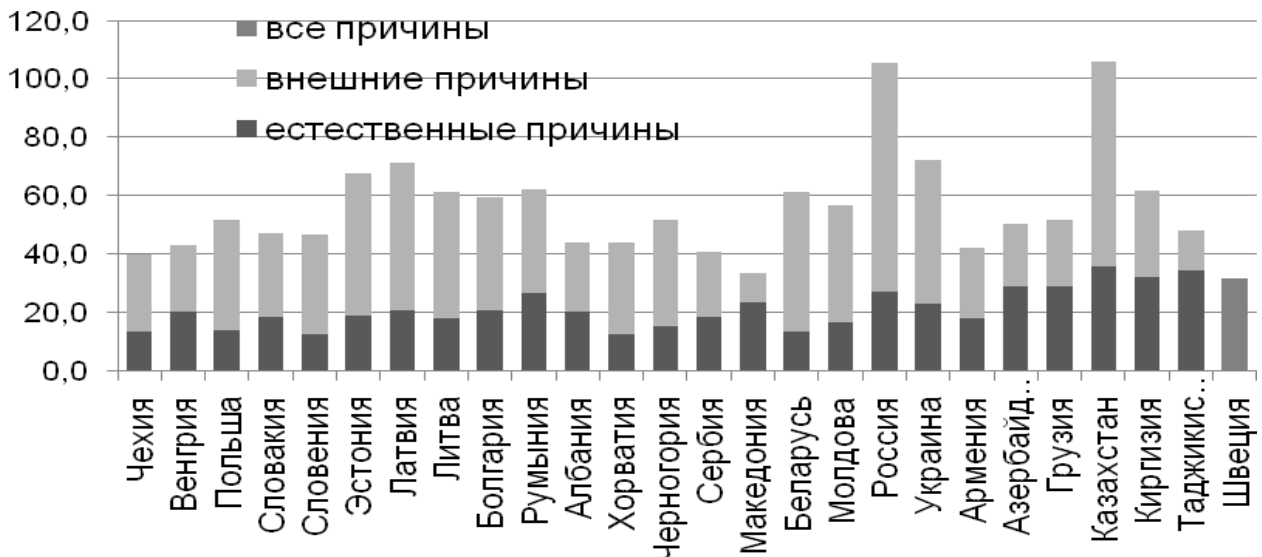


Рис.1.40. Уровень смертности молодых людей в возрасте 15-19 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста), 2008 г.

Источник: TransMONEE 2010 DATABASE. UNICEF Innocenti Research Centre. www.unicef-irc.org

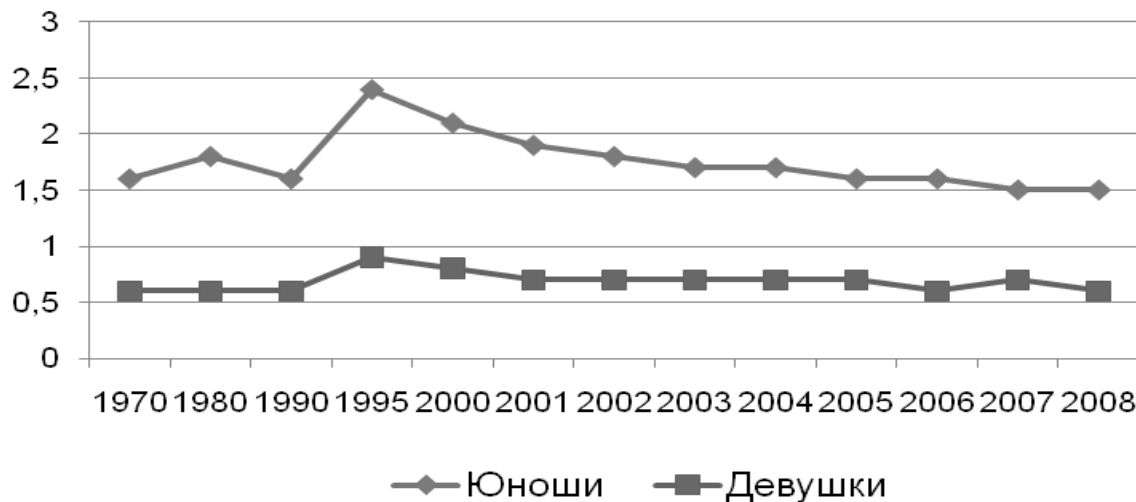


Рис. 1.41. Динамика уровня смертности молодых людей в возрасте 15-19 лет в России (на 1000 населения соответствующего возраста)

Среди ведущих причин подростковой смертности выделяются дорожно-транспортные происшествия (рис.1.43). Наряду с увеличением автомобильного парка с начала 1990-х в России наблюдалось драматическое ухудшение дорожной безопасности, обусловленное сочетанием таких факторов как плохие дороги, злоупотребление алкогольными напитками водителями и пешеходами, низкое качество догоспитальной помощи. В результате Российская Федерация (наряду с Казахстаном) относится к странам Европейского региона с наиболее высокими уровнями смертности от дорожно-транспортного травматизма в

возрастной группе 1-19 лет (рис.1.42). Страна с минимальной смертностью – Армения, где невысокие показатели смертности, возможно, обусловлены как более низким уровнем воздействия факторов риска вследствие меньшего развития моторного транспорта, так и неполным учетом.

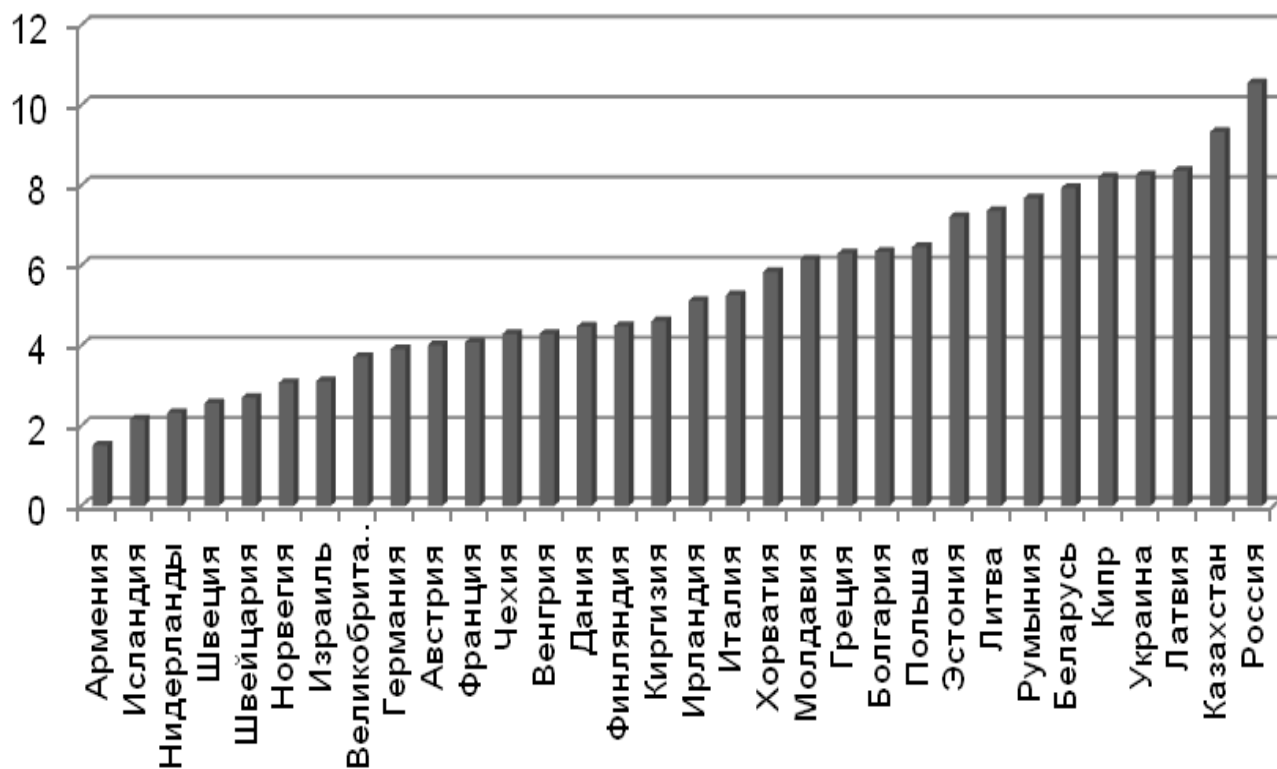


Рис.1.42. Стандартизованные коэффициенты смертности детей и подростков 1-19 лет (на 100 тыс.) от ДТП, 2006-2008

Источник: European mortality database

К странам с высоким уровнем развития автотранспорта, но где, тем не менее, отмечаются низкие показатели смертности от дорожно-транспортного травматизма, относятся Исландия, Швеция, Нидерланды, Швейцария, Норвегия, что, по-видимому, свидетельствует о более высокой степени безопасности дорожного движения. Опыт этих стран нужно использовать для снижения дорожно-транспортного травматизма в России.

Следующей по распространенности причиной смерти в результате травм являются суициды. Вероятность покончить жизнь самоубийством в 6 раз выше для юношей, чем для девушек (рис.1.43). По этому показателю среди юношей 15-19 лет Россия вновь опережает большинство европейских стран (30,9 самоубийств на 100 тыс.) (рис.1.44). За ней следуют Литва, Киргизстан, Беларусь.

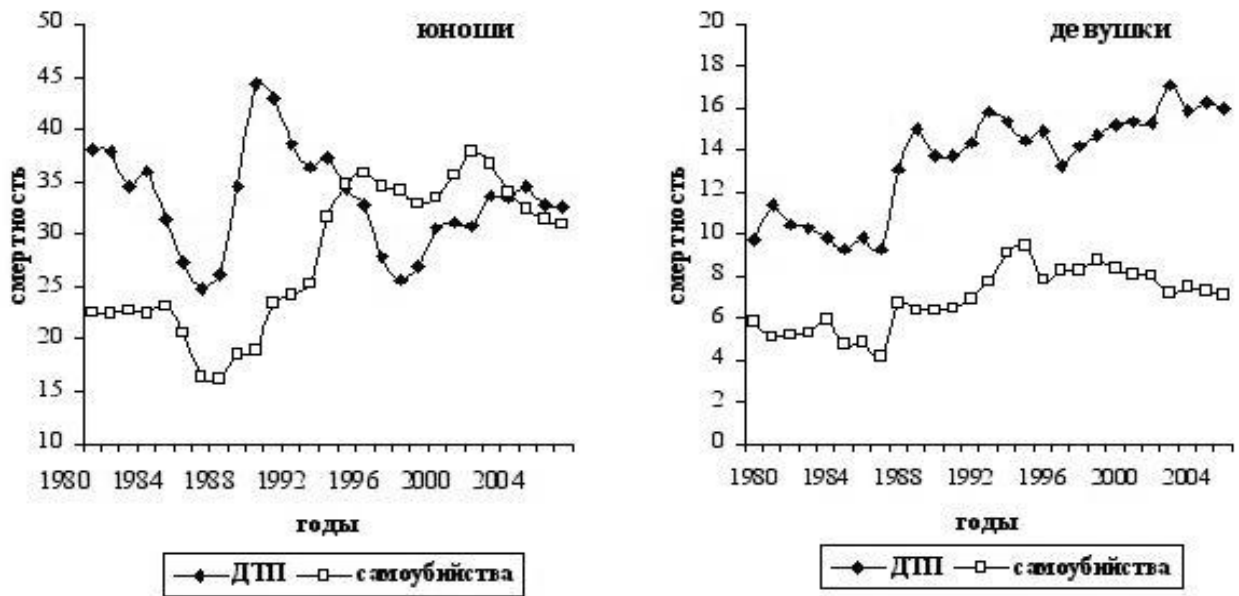


Рис. 1.43. Динамика уровня смертности молодых людей в возрасте 15-19 лет от дорожно-транспортных происшествий и самоубийств (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Источник: Иванова А.Е., Семенова В.Г., Кондракова Э.В., Михайлов А.Ю. Основные тенденции и региональные особенности смертности российских подростков // Информационно аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №2(10)

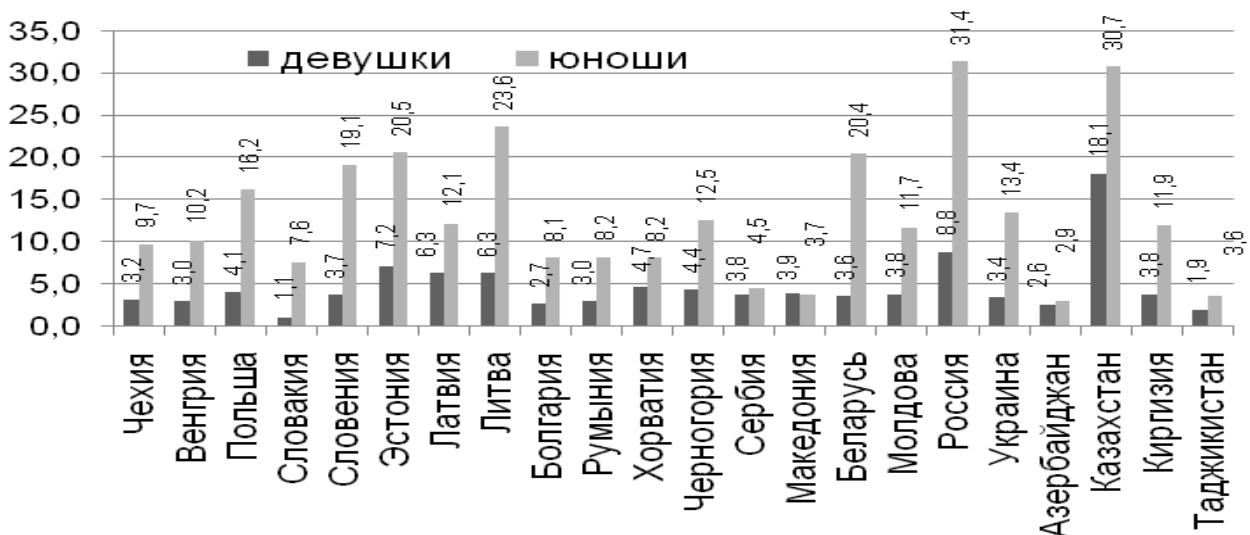


Рис.1.44. Уровень смертности молодых людей в возрасте 15-19 лет по причине суицидов (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Источник: TransMONEE 2010 DATABASE. UNICEF Innocenti Research Centre. www.unicef-irc.org

Важнейшей причиной подростковой травматической смертности являются убийства, по количеству которых среди молодежи Россия вновь

является лидером среди стран Европейского региона. В нашей стране на 100 тыс. человек в среднем приходится 15,85 случаев насильственной смерти, что в 34 раза превышает уровень в Германии, находящейся по этому показателю на последнем месте – 0,47 случая (рис. 1.45). Молодые россияне убивают друг друга чаще на бытовой почве, нежели в военных конфликтах. Основными причинами, по мнению экспертов, являются невозможность самореализации и повсеместное употребление алкоголя.

Региональные особенности подростковой смертности

В отношении смертности подростков отчетливо сформировался северо-восточный вектор ее нарастания. Дальневосточный регион практически в целом и регионы Восточной Сибири формируют полюс неблагополучия, который практически полностью определяется внешними причинами смерти. Наиболее благополучная ситуация складывается на юге (несмотря на все войны и антитеррористические операции, проводимые там в последнее десятилетие).

Наблюдается существенная вариация смертности подростков по регионам России, которая достигает почти 22 раз [31]: от 532,0 на 100 тыс. в Чукотском АО до 24,5 на 100 тыс. в Ингушетии (рис.1.46). Как максимум, так и минимум распределения существенно отстоят от следующих в ранжированном ряду территорий, что увеличивает региональный разрыв. Так, показатель Чукотского АО превышает следующий за ним уровень республики Тыва (306,7) в 1,7 раза. В свою очередь, показатель для Ингушетии вдвое ниже в сравнении с уровнем Дагестана (48,2), который занимает предыдущую позицию. Если исключить крайние значения, как на полюсе максимума, так и на полюсе минимума, то региональный разброс подростковой смертности сокращается до 6 раз и около 60 российских территорий образуют сравнительно однородную группу, показатели подростковой смертности в которой варьируют в достаточно узком (в сравнении с общим региональным разбросом) диапазоне: 89,6-170,3 на 100 тыс. лиц 15-19 лет. Группа с низкими уровнями смертности образована преимущественно территориями Южного округа и прилегающими к нему областями, а также столичными мегаполисами (рис.1.46). Сюда вошли, помимо Ингушетии и Дагестана, Чечня (50,5), Кабардино-Балкария (68,5), Ставропольский край (71,0), Карачаево-Черкесия (88,2), Краснодарский край (89,6), Адыгея (90,8), а также Белгородская область (82,9), Чувашия (88,2), и Москва (79,5) с Санкт-Петербургом (77,9). В свою очередь, максимальные уровни смертности подростков фиксировались, помимо Чукотского АО и Тывы, в Читинской области (263,7), Еврейской АО

(212,6), Бурятии (193,7), Иркутской области (193,1), республике Алтай (179,6), Кемеровской (175,0) и Магаданской (174,7) областях.

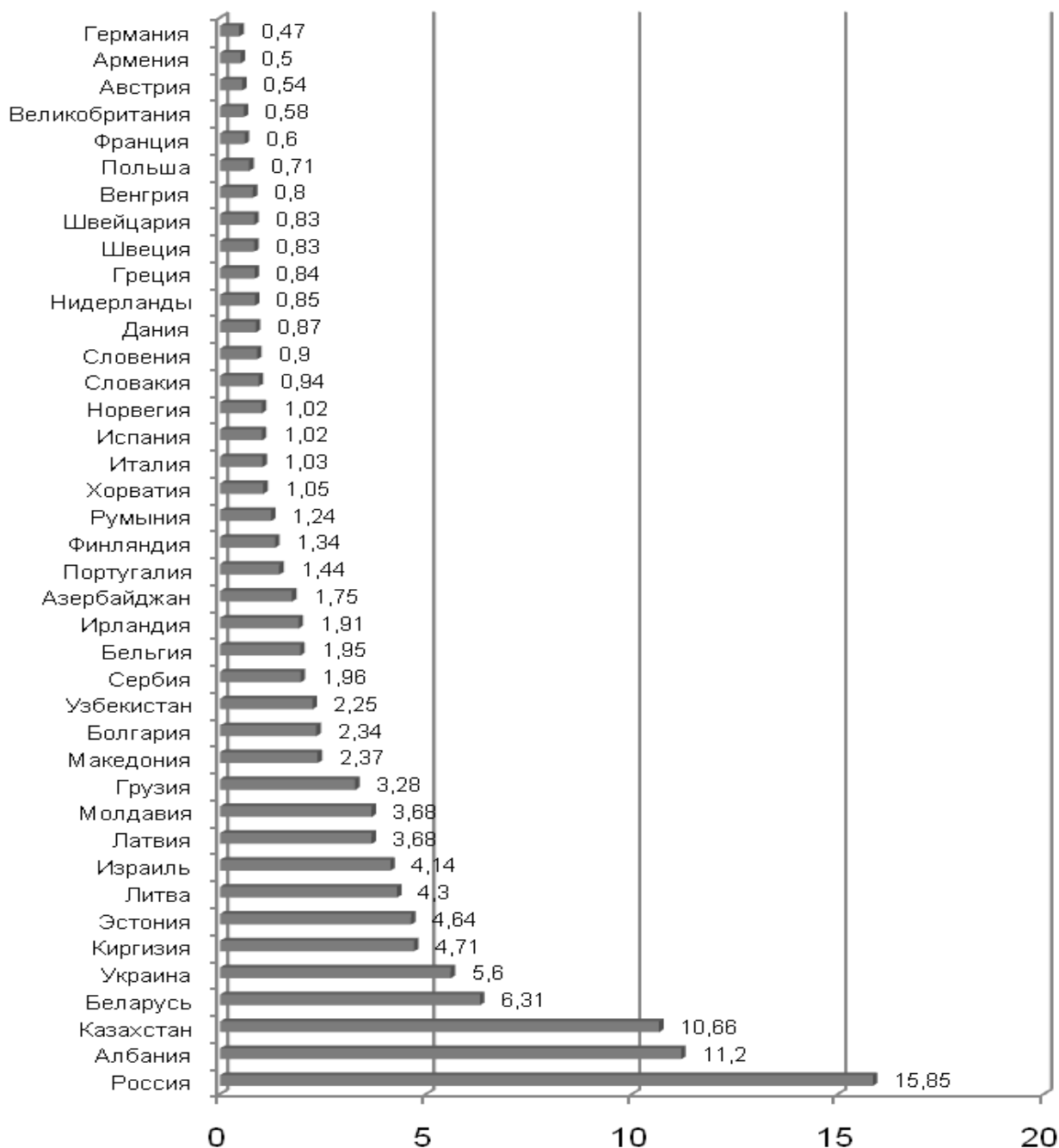


Рис. 1.45. Уровень смертности молодых людей в возрасте 10-29 лет по причине убийств (на 100 тыс. населения соответствующего возраста), 2004-2006

Источник: WHO, European report on preventing violence and knife crime among young people. WHO Regional Office for Europe. 2010

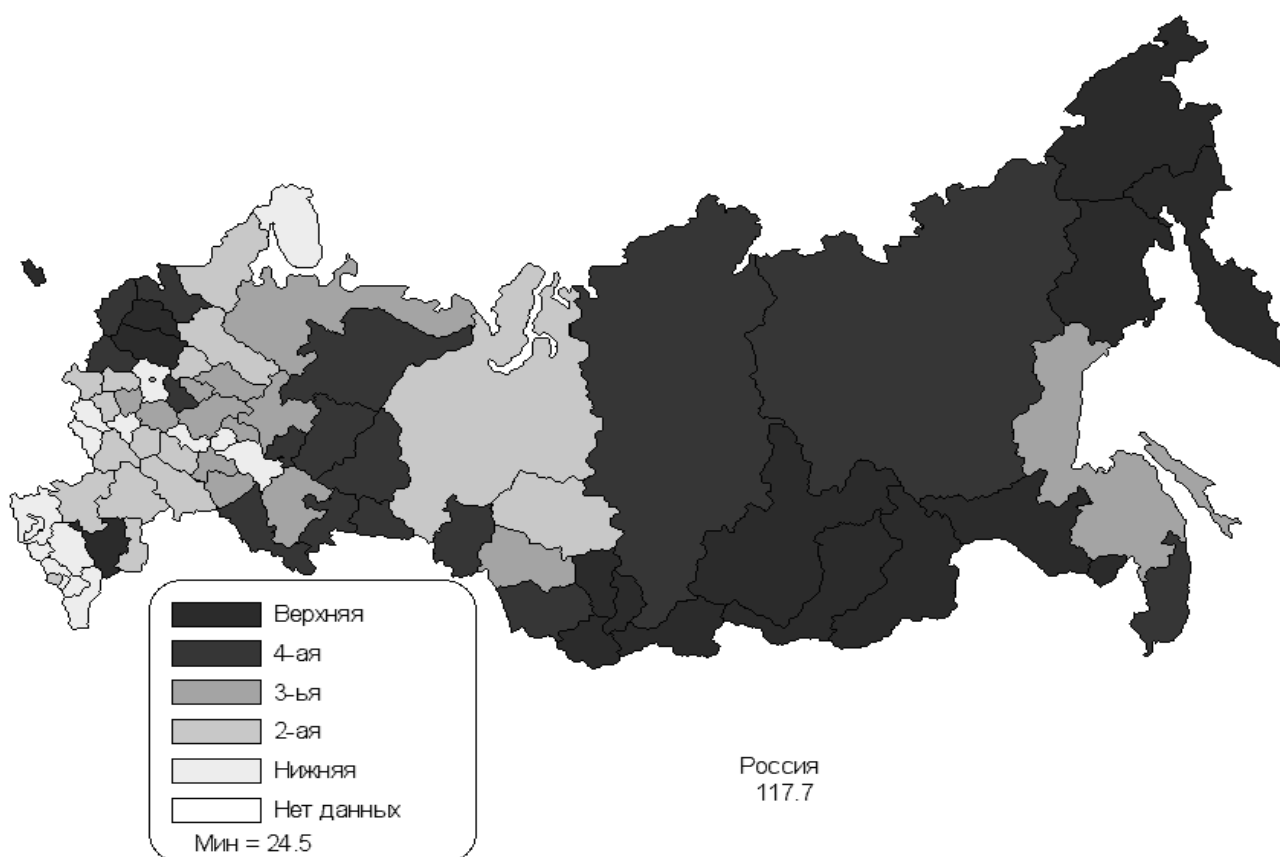
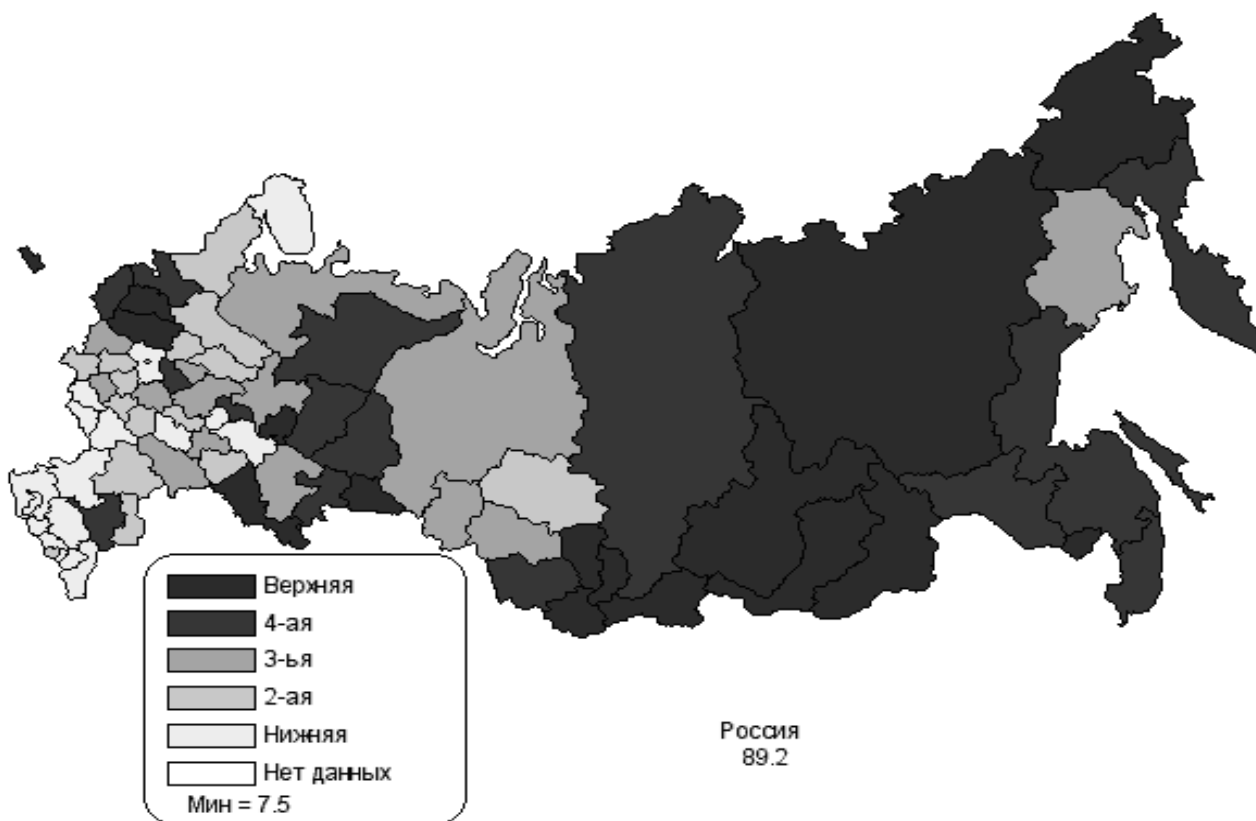


Рис. 1.46. Смертность детей 15-19 лет от всех причин (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Поскольку общая смертность подростков в значительной мере определяется внешними причинами, очевидно, что контуры регионального распределения общей и травматической смертности очень близки. Различия смертности от травм и отравлений составляют 57 раз: от 425,6 на 100 тыс. в Чукотском АО до 7,5 на 100 тыс. в Ингушетии (рис.1.47).

Смертность подростков от дорожно-транспортных происшествий отличается существенной спецификой в сравнении с общим распределением по уровню травматической смертности в целом (рис.1.47). В группу с низкими показателями смертности подростков от ДТП входят Чечня (1,9), Ингушетия (1,9), Дагестан (6,5), Северная Осетия (10,6), Чувашия, Марий-Эл (14,2), Саратовская (14,8) и Камчатская области (15,5), Якутия (9,4), Коми (16,0), Мурманская область (13,3) и Санкт-Петербург (15,2). Группа с максимальными уровнями смертности образована Псковской (61,6), Тверской (51,5), Калининградской (52,3), Ленинградской (48,3), Владимирской (43,0), Новгородской (40,9), Рязанской (35,6), Московской (45,6) областями, а также Еврейской автономной областью (46,7) и республикой Алтай (47,3).



**Рис. 1.47. Смертность детей 15-19 лет от внешних причин
(на 100 тыс. населения соответствующего возраста)**

Источник: Иванова А.Е., Семенова В.Г., Кондракова Э.В., Михайлов А.Ю. Основные тенденции и региональные особенности смертности российских подростков// Информационно аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №2(10)

Самые низкие показатели смертности подростков от самоубийств (рис.1.48) наблюдаются в Чечне (2,3), Дагестане (3,1), Северной Осетии (4,6), Кабардино-Балкарии (5,8), Карачаево-Черкесии (7,4), Ставропольском крае (3,2), Рязанской (3,2), Брянской (4,4), Ростовской (5,8), Орловской (5,9), Курской (7,2), Калужской (7,2), Ульяновской (8,2), Белгородской (8,4) областях и Москве (3,4). В группу с высокими показателями вошли Чукотский АО 225,4), Алтай (70,9), Бурятия (70,4), Читинская область (66,6), Якутия (55,1), Тыва (54,8), Хакасия (49,1), Иркутская (44,9), Камчатская (43,5) области, Еврейская АО, Удмуртия (55,4), Калмыкия (61,2).

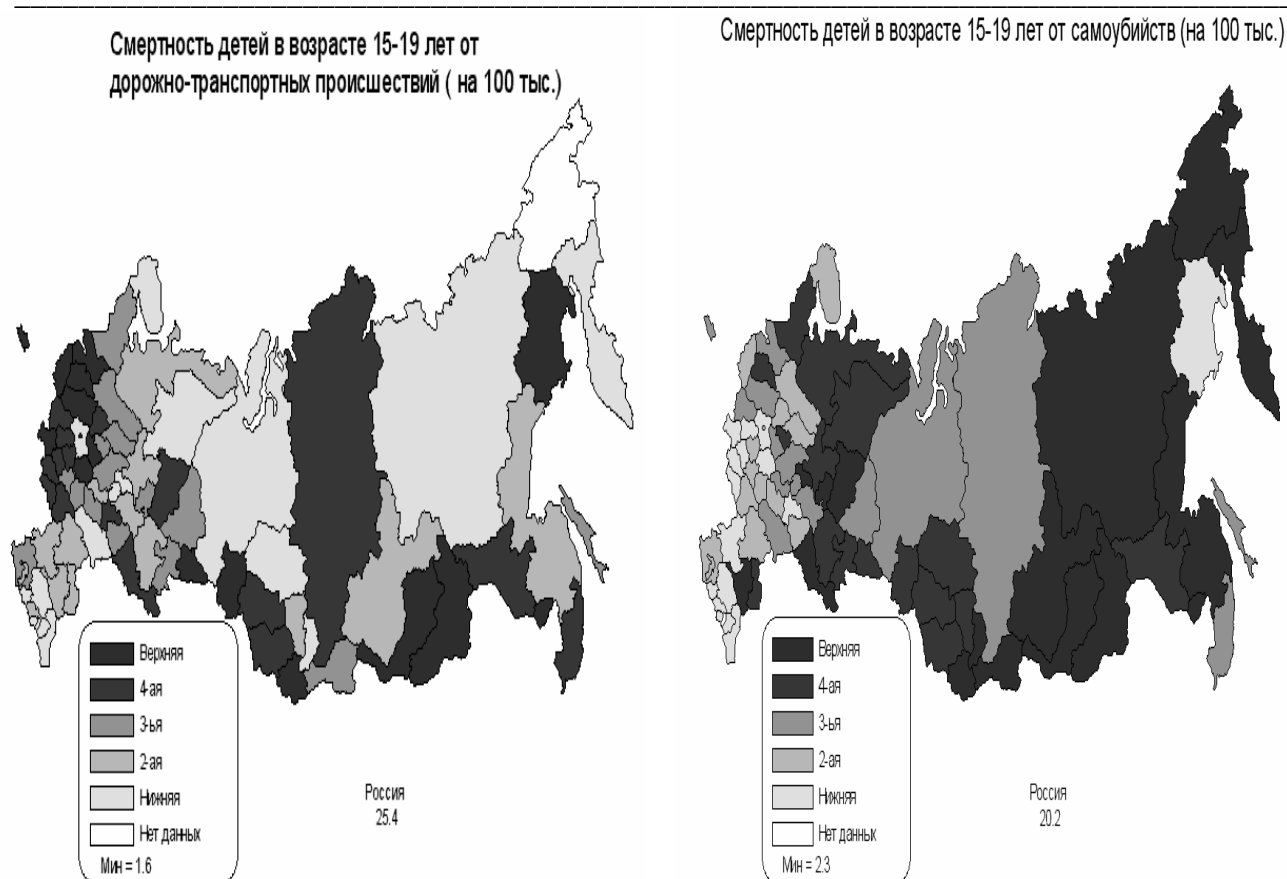


Рис. 1.48. Смертность детей 15-19 лет от ДТП и самоубийств (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Источник: Иванова А.Е., Семенова В.Г., Кондракова Э.В., Михайлов А.Ю. Основные тенденции и региональные особенности смертности российских подростков// Информационно аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №2(10)

Анализ динамики подростковой смертности по федеральным округам Российской Федерации свидетельствует о том, что наиболее существенно за период с 1989 г. она увеличилась в Сибири (рис.1.49 и рис.1.50). Изначально высокие уровни смертности там росли темпами, существенно опережавшими общероссийские. Противоположная картина наблюдается для Дальневосточного округа: высокие показатели подростковой смертности сопровождалась некоторым снижением. Уральский округ, бывший наиболее благополучным в 1989 г, с 1995 г. перешел в число территорий с повышенной смертностью.

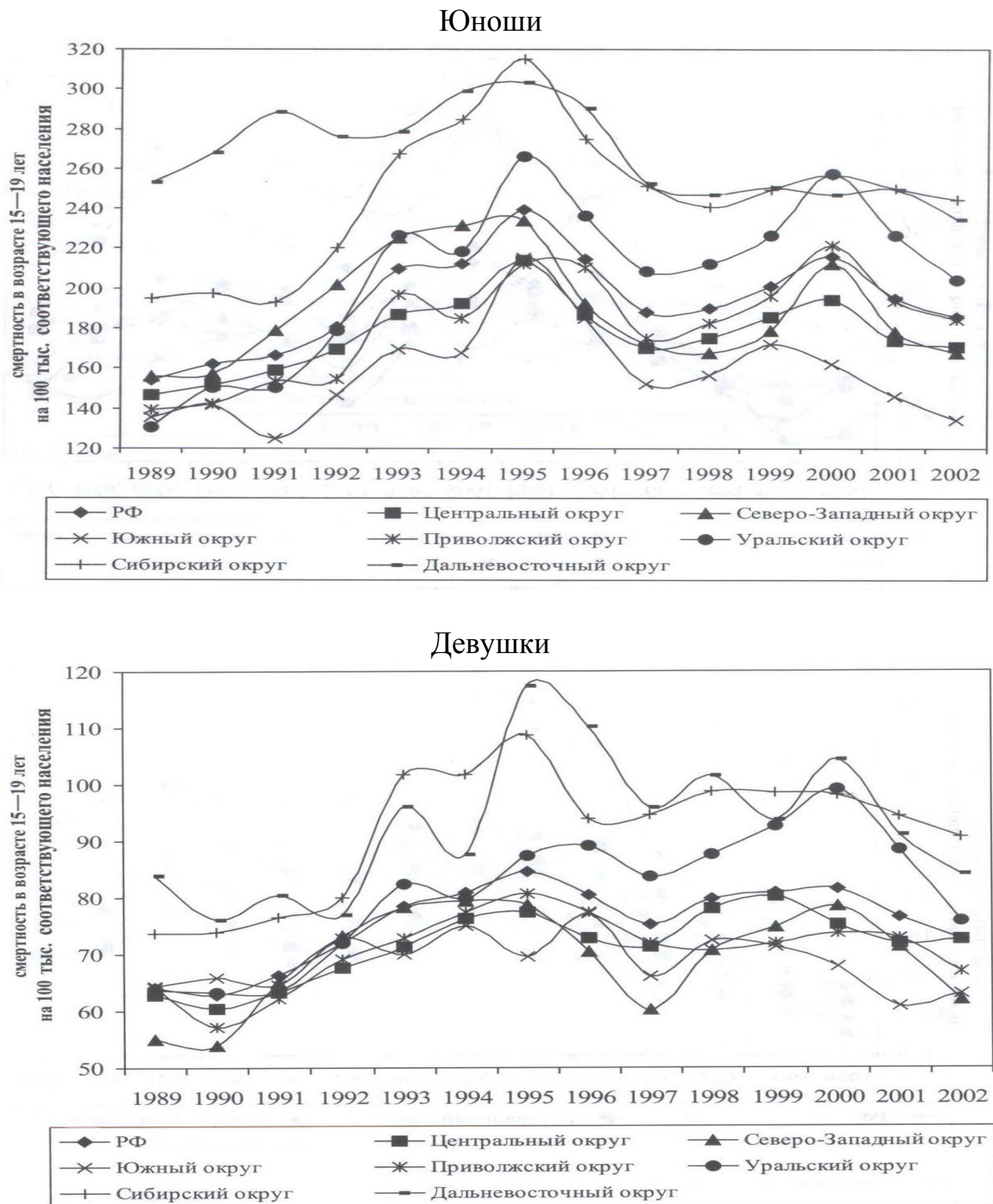


Рис. 1.50. Динамика смертности подростков 15-19 лет в федеральных округах Российской Федерации

Источник: Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. М.: Издательство «Литтерра». 2007

