

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Полное и адекватное представление о том, как формируется здоровье подрастающего поколения, какие факторы оказывают влияние на этот процесс – важнейшие условия разработки эффективной государственной политики, ориентированной на сбережения генофонда.

Информационной основой исследования стали данные Российского мониторинга экономики и здоровья (РМЭЗ), раунда, проведенного в 2004 г. (полное описание методологии обследования представлено на сайте РМЭЗ [50]), в ходе которого была получена информация о состоянии здоровья и условиях жизни 2799 детей в возрасте до 17 лет включительно (1428 мальчиков и 1371 девочек). Основные характеристики детей и условий их проживания представлены в табл.4.1.

В качестве индикаторов здоровья (нездоровья) использовались 3 показателя: самооценка здоровья ребенка, а также наличие хронических заболеваний и психических расстройств (депрессий и нервных расстройств).

Статистический анализ факторов, детерминирующих здоровье детей и подростков, проведен с помощью моделей логистической регрессии. Обычно для анализа влияния различных факторов на здоровье детей исследователями используется метод «копия-пара» («контроль-пара»), при котором обследуются две группы детей, на одну из которых оказывает влияние изучаемый фактор, а другая группа служит «контролем». Однако существенным недостатком данного подхода является изучение влияния на здоровье лишь одного фактора без учета параллельного или кумулятивного воздействия других факторов. Поэтому в исследовании были использованы методы многомерного статистического анализа (метод логистической регрессии). Такой подход позволяет выявить и ранжировать факторы в порядке их значимости для здоровья, определить эффективную программу преодоления негативных тенденций в этой области.

Таблица 4.1.

Основные характеристики детей и условий их жизни, РМЭЗ, 2004 (%)

	Возраст				
	0-6 (n=934)	7-13 (n=1024)	14-17		Все подростки
			Мальчики (n = 385)	Девочки (n = 430)	
Самооценка состояния здоровья ребенка					
Неплохое (оценки 4,5)	69,9	58,8	65,7	56,3	61,2
Плохое (оценки 1,2,3)	30,1	41,2	34,3	43,7	38,8
Наличие хронических заболеваний у ребенка					
Да	11,9	24,8	28,7	34,1	31,3
Нет	88,1	75,2	71,3	65,9	68,7
Социально-демографический тип семьи					
Полная (родные родители)	80,4	63,8	59,0	59,1	59,1
Полная (отчим или мачеха)	4,2	13,0	11,1	10,8	10,9
Неполная /другие родственники	15,4	23,2	29,9	30,1	30,0
Размер домохозяйства					
Менее 5 человек	85,0	85,4	89,1	88,7	88,9
6 и более человек	15,0	14,6	10,9	11,3	11,1
Не хватает денег на оплату медицинских услуг					
Да	24,2	25,5	26,2	27,1	26,6
Нет	75,8	74,5	73,8	72,9	73,4
Курение матери					
Не курит и никогда не курила	57,7	63,3	73,5	69,1	71,4
Курила, но бросила	18,4	11,5	6,8	10,9	8,7
Курит	23,9	25,3	19,7	20,1	19,9
Потребление алкоголя матерью					
Не употребляет	44,1	43,9	46,6	44,0	45,8
1 раз в месяц	14,9	15,9	17,3	19,2	18,2
2-3 раза в месяц	24,9	22,0	23,2	22,3	22,8
4 раза в месяц и более	16,1	18,3	13,0	13,6	13,3
Депрессия матери					
Да	20,7	22,1	24,5	24,1	24,3
Нет	79,3	77,9	75,5	75,9	75,7
Занятость матери					
Да	54,2	66,9	68,5	74,4	71,3
Нет	45,8	33,1	31,5	25,6	28,7
Наличие хронических заболеваний у матери					

ГЛАВА 4. Демографические, социально-экономические, поведенческие факторы здоровья детей

Нет	65,6	61,6	53,1	46,8	50,1
1	22,5	24,9	25,6	28,2	26,8
2 и более	11,9	13,5	21,3	25,1	23,1
Тип поселения					
Москва / Санкт-Петербург	11,6	11,4	14,5	13,0	13,8
Другой город	53,5	52,0	48,9	52,9	50,8
Село	34,9	36,6	36,7	34,1	35,4
Тип жилья					
Собственное жилье	80,9	88,3	89,6	90,4	90,0
Арендованное жилье / Общежитие	19,1	11,7	10,4	9,6	10,0
Жилая площадь на человека					
6 м ² и меньше	29,3	22,4	16,3	13,8	15,1
7-12 м ²	57,2	57,6	61,9	56,9	59,5
13-18 м ²	11,5	14,0	17,3	21,7	19,4
19 м ² и больше	2,1	5,9	4,6	7,7	6,0
Как добирается до школы					
Пешком или на велосипеде		86,9			
На машине, на транспорте		13,1			
Время, затраченное на уроки					
Меньше 3 часов		87,9			
3 часа и больше		12,1			
Время, затраченное на просмотр ТВ, видео и компьютерные игры					
Меньше 2 часов		66,3			
2 часа и больше		33,7			
Время, затраченное на дорогу в школу					
Меньше 15 мин		35,3			
15-30 мин		44,3			
30 мин – 1 час		17,8			
Больше 1 часа		2,6			
Физическая активность в свободное от учебы время					
Да		60,1	68,9	68,3	68,6
Нет		39,9	31,1	31,7	31,4
Курение					
Да			26,1	5,7	16,4
Нет			73,9	94,3	83,6
Потребление алкоголя					
Да			25,6	22,9	24,3
Нет			74,4	77,1	75,7
Самооценка					
Низкая			26,1	26,9	26,5
Высокая			73,9	73,1	73,5

В целом модель логистической регрессии аналогична линейной регрессии, однако в качестве независимой здесь выступает дихотомическая переменная, принимающая значение один, если индивид имеет, например, плохое здоровье, и ноль – в противном случае.

Логистическая регрессия определяет вероятность индивида иметь плохое здоровье $P(Y=1)$ следующим образом:

$$P(Y = 1) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X)}$$

При этом вероятность не иметь плохое здоровье $P(Y=0) = 1 - P(Y=1)$.

Удобно перейти к соотношению вероятностей этих двух событий, которое называется шансом (*odds*)

$$odds(Y = 1) = \frac{P(Y = 1)}{P(Y = 0)} = \exp(\beta_0 + \beta_1 X)$$

Из полученной формулы видно, что логарифм коэффициента соотношения вероятностей представляет собой линейную функцию переменной X . Основным интерес представляет коэффициент при X , который отражает зависимость вероятности иметь плохое здоровье от других характеристик.

Поясним суть используемой эконометрической модели на простом примере. Пусть Y – исследуемая нами дихотомическая переменная, а X – единственный рассматриваемый фактор. Для простоты примем, что это также бинарная величина – например, курение: $X=1$, если респондент курит, и $X=0$, если не курит.

Шансы иметь плохое здоровье для курящих $\exp(\beta_0 + \beta_1 X)$, а для некурящих $\exp(\beta_0)$. Тогда отношение шансов выражается следующей формулой, поясняющей смысл коэффициента β_1 .

$$odds\ ratio\ или\ OR = \frac{odds(Y = 1 | X = 1)}{odds(Y = 1 | X = 0)} = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1)}{\exp(\beta_0)} = \exp(\beta_1)$$

Отношение шансов $OR=1$ указывает на отсутствие различий между сравниваемыми группами (курящими и некурящими). Шансы иметь плохое здоровье примерно 50 на 50. Если $OR>1$, то шансы курящих иметь плохое здоровье выше, чем для некурящих. Если $OR<1$, то шансы иметь плохое здоровье для курильщиков ниже, чем для некурящих. Если бы переменная X была непрерывной, то экспонента коэффициента показывала бы, насколько изменится указанное соотношение при увеличении на единицу величины фактора X . Совершенно аналогично интерпретируется модель со многими факторами.

4.1. Самооценка здоровья и хронические заболевания

Основным индикатором, характеризующим здоровье детей, выступает уровень индивидуального здоровья, оцененный по пятибалльной шкале (где оценка 1 представляет «очень плохое» здоровье, а оценка 5 – «очень хорошее»). До 13 лет включительно здоровье ребенка оценивалось его родителями, с 14 лет – самими детьми. Несмотря на дискуссию о том, насколько самооценки здоровья включают элемент субъективизма, многочисленные исследования подтвердили, что они являются надежной мерой здоровья (например, [51,52]) и прогнозируют смертность [53]. Для дальнейшего статистического анализа самооценки здоровья были дихотомизированы как плохое здоровье (оценки 1,2,3) и неплохое здоровье (оценки 4,5). Для детей 0-13 лет дополнительно было проанализировано наличие хронических заболеваний. Эти два индикатора удачно дополняют друг друга, т.к. возможны случаи, когда ребенок еще не является хроником, но уже наблюдаются негативные изменения в его здоровье, которые, как раз, и отражает оценка, данная родителем.

Предполагалось, что относительная значимость факторов, воздействующих на здоровье, все время меняется по мере роста ребенка. Например, характеристики родителей играют более значимую роль для здоровья детей младшего возраста по сравнению с подростками. Поэтому анализ был проведен для различных возрастных групп детей (0-6 лет, 7-13 лет, 14-17 лет). Для каждой группы было построено несколько моделей (табл. 4.8а,б, табл. 4.9а,б, табл.4.10а,б). Результаты представлены в таблицах в виде коэффициентов шансов (OR) с 95%-ыми доверительными интервалами (CI). В первой модели было исследовано воздействие различных факторов на здоровье детей с учетом их пола и возраста. Затем в модель последовательно добавлялись рассмотренные факторы для того, чтобы выявить механизмы, объясняющие связь между ними и здоровьем. В последней модели была учтена вся совокупность факторов. При этом, так как для детей подросткового возраста (14-17 лет) наблюдалась существенная гендерная разница в самооценке здоровья (шансы девочек иметь плохое здоровье в 1,5 раз выше, чем у мальчиков (OR=1,5; CI: 1,13-1,97)), анализ был проведен отдельно для подростков мужского и женского пола.

Логистический анализ показал, что здоровье (нездоровье) детей определяется многими взаимно пересекающимися факторами, которые условно можно разделить на биологические (генетические), поведенческие и факторы окружающей среды (табл.4.2). Изучение

последних представляет значительный интерес, так как они охватывают различные аспекты жизни ребенка – его физическое и социальное окружение. Рассмотрим их подробно.

Биологические (наследственные) характеристики

Исследование показало, что здоровье детей, независимо от возраста, тесно связано со здоровьем матери (табл. 4.8а,б, табл.4.9а,б, табл.4.10а,б). Для тех из них, матери которых имеют 2 и более хронических заболевания, наблюдается значительный риск плохого здоровья и хронических патологий. Возможно, это объясняется унаследованной восприимчивостью к различным болезням, менее здоровым внутриутробным развитием, или более низким качеством заботы, которую способна дать ребенку больная мать. Кроме того, на здоровье матери и ребенка могут оказывать воздействие какие-то общие, но не поддающиеся измерению факторы, приводя к корреляции между состояниями их здоровья.

Социальное окружение ребенка

Семья является основой благополучия детей. Влияние семьи можно рассматривать с точки зрения двух важных аспектов: демографического и процесса семейного воспитания. Демографические особенности семьи характеризуются ее социально-демографическим типом (например, полная или неполная семья), размером и социально-экономическим статусом. Процессы семейного воспитания определяют механизмы, посредством которых семья оказывает влияние на благополучие ребенка (табл. 4.2).

Демографические характеристики семьи

Социально-демографический тип семьи

В последние годы в России рождается вне брака около трети детей. При том, что в «доперестроечные времена» доля таких детей составляла 11-14%. Перепись 2002 г. показала, что в неполных и прочих семьях воспитываются 7,1 млн. детей, а их доля от общего числа детей в семьях возросла до 23,3%. В городах на такие семьи приходится 26% детей, в селах – 17%. Статистика ужасающая, но вполне соответствующая мировым тенденциям: даже в самых развитых странах институт традиционного брака испытывает огромные нагрузки, и число «неполных» семей растет, как снежный ком. Согласно зарубежным исследованиям дети из неполных семей с большей вероятностью имеют проблемы со здоровьем, подвержены большему риску развития психических заболеваний по сравнению со сверстниками, живущими с двумя родителями [54]. Исследования свидетельствуют о том, что дети,

выросшие в полных семьях, с меньшей вероятностью злоупотребляют психоактивными веществами [55] (см.гл.5). Кроме того, согласно исследованиям, необходимо различать полные семьи с биологическими и с приемными родителями. Установлено, что дети, проживающие с отчимом, также как и дети из неполных семей, с большой вероятностью (более 50%) имеют проблемы со здоровьем, по сравнению со сверстниками, живущими с двумя биологическими родителями [56].

Таблица 4.2.

Детерминанты здоровья (нездоровья) детей и подростков

Биологические характеристики	<ul style="list-style-type: none"> • Здоровье матери
Социальное окружение ребенка 1.Демографические характеристики семьи	<ul style="list-style-type: none"> • Социально-демографический тип семьи • Количество членов • Социально-экономический статус семьи
2.Процесс семейного воспитания	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие нервных расстройств, депрессии у матери • Образ жизни матери (курение, потребление алкоголя) • Занятость матери (замещение материнского ухода)
Физическое окружение ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Жилищные условия (тип жилья, количество квадратных метров жилой площади на человека) • Тип поселения (город, село)
Школьные факторы	<ul style="list-style-type: none"> • Как добирается до школы (пешком/транспортом) • Время, затраченное на дорогу в школу • Время, затраченное на уроки • Время, затраченное на просмотр ТВ, видео и компьютерные игры
Поведенческие и личностные характеристики ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Физическая активность • Курение, потребление алкоголя • Самооценка

Проведенный анализ выявил слабую связь между здоровьем детей 7-13 лет и проживанием в неполной семье или совместно с другими родственниками (табл.4.9а,б (Модель 1)). Не совсем понятно, определяются ли эти различия непосредственно структурой семьи или стрессами, являющимися результатом разводов или смерти родителей.

При учете в модели всей совокупности факторов влияние типа семьи на здоровье ребенка уменьшилось и стало незначимым. Возможно, влияние типа семьи на здоровье ребенка опосредовано другими факторами, например, материальным положением: в неполной семье или семье других родственников (часто это бабушки и дедушки) материальных ресурсов (а часто и времени) ребенку уделяется меньше по сравнению с полными семьями, что в итоге провоцирует возникновение проблем со здоровьем у него. Мета анализ [57] 92 исследований воздействия развода на детей показал, что его эффект зависит от возраста ребенка. Развод практически не оказывал влияния на детей дошкольного возраста, в то время как негативно отражался на детях возраста начальной школы.

Количество членов домохозяйства

Согласно полученным результатам дети (кроме мальчиков-подростков) из больших домохозяйств (в которых проживает 6 и более членов) обладают лучшим здоровьем по сравнению с детьми из домохозяйств меньшего размера (табл.4.8а,б, табл. 4.9а,б, табл.4.10а,б). Теоретически, размер домохозяйства может оказывать на здоровье своих младших членов как положительное, так и отрицательное воздействие. Т.к. экономические и другие семейные ресурсы, доступные для детей, зависят от размера семьи, то большее количество детей часто подразумевает меньшее количество времени и материальных расходов на ребенка. Большой размер домохозяйства увеличивает вероятность конфликтов между его членами, негативно отражаясь на здоровье детей [58]. Кроме того, присутствие большого скопления людей, проживающих совместно, может способствовать распространению различного рода инфекций между ними. Однако, отечественные исследователи [59] установили, что дети в больших или многодетных семьях почти не болеют гриппом и другими простудными заболеваниями типа ОРЗ, следовательно, они обладают особым природным иммунитетом. Большая семья является мини-социумом со своими внутренними законами, дети в таких семьях вынуждены налаживать контакты с каждым членом семьи, учиться уступать и настаивать на своем, защищать свое мнение, проявлять гибкость и великодушие, поэтому дети из больших семей обладают более мобильной психикой, устойчивее к стрессам и лучше адаптируются к любой ситуации и в любом коллективе. Более того, возможно, что дети из

больших семей меньше болеют, потому что за ними есть, кому присмотреть, пока родители на работе.

Социально-экономический статус семьи

Связь между социально-экономическим статусом и здоровьем детей, к сожалению, остается мало изученной. Зарубежные исследования выявили наличие социального градиента для некоторых (но не всех) аспектов здоровья детей и подростков (например, [60,61]): бедные дети с большей вероятностью имеют плохое здоровье, чаще подвержены респираторным, желудочно-кишечным заболеваниям, несчастным случаям, для них наблюдаются более высокие уровни смертности по сравнению с детьми из более обеспеченных семей (цит. из [62]).

Как показало исследование, наблюдается риск плохого здоровья и хронических заболеваний в семьях, которым приходится отказываться от медицинской помощи по причине нехватки материальных средств (табл.4.8а,б, табл.4.9а, табл.4.10б). Недоступность медицинской помощи, с одной стороны, непосредственным образом оказывает негативное воздействие на здоровье детей, а с другой стороны, может выступать *прокси*-мерой материального положения семьи в целом. По данным на 2008 г. 18% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности (со средними душевыми доходами ниже величины прожиточного минимума). Бедности часто сопутствуют перенаселенное, сырое, холодное жилище, повышенный риск инфекций и невозможность поддерживать стандарты гигиены, неадекватное питание. Согласно официальной статистике наименее обеспеченные слои населения в России, в отличие от располагающих большими ресурсами, потребляют меньше в 2,5 раза мясопродуктов, в 2,2 раза рыбы, в 2,1 раза молока и молокопродуктов, в 3,9 раза фруктов и ягод. Основными в меню становятся хлеб, картофель, макароны. «Бедный» тип питания приводит к возрастанию белково-калорийной недостаточности, проявляющейся у детей и подростков снижением массы тела и низкими ростовыми показателями. По данным Министерства здравоохранения и социального развития, средний рост детей в пяти регионах страны ниже международных средних показателей [63]. Согласно данным Российского мониторинга экономики и здоровья почти 20% школьников страдают от недостаточного питания. Значительное число российских детей в период их формирования не получают достаточного количества основных витаминов и минералов, особенно железа и кальция. Около 7,5% детей потребляют пищевые продукты, содержащие животный белок – мясо, рыбу и яйца, – раз в неделю или реже. Число детей, употребляющих фрукты и соки раз в неделю, составляет почти 20%, и только 33% употребляют фрукты и соки каждый день [64]. Недостаточное, плохо

сбалансированное и нерегулярное питание наносит удар по всем физиологическим системам организма ребенка, включая умственное развитие.

Согласно психосоциальной гипотезе, родители в семьях с плохим материальным положением часто подвержены депрессии, что в результате негативно сказывается на качестве родительского воспитания, отношениях между родителями и детьми, и даже может провоцировать неблагоприятное поведение родителей, например, злоупотребление алкоголем, с последующим негативным влиянием на благополучие ребенка (например, [65]).

При учете всей совокупности факторов воздействие материального положения на здоровье детей уменьшилось и стало незначимым (табл.4.8б (Модель 5), табл.4.9а, табл.4.10а (Модель 6)). Связь между материальным неблагополучием и плохим здоровьем опосредована здоровьем матери. Полученные результаты могут свидетельствовать о долгосрочном материальном недостатке семьи, который оказал негативное воздействие на здоровье матери (посредством неадекватных медицинских услуг, питания), и, в конечном итоге, обусловил плохое здоровье ребенка.

Другой набор важных факторов, детерминирующих здоровье детей, относится к **процессу семейного воспитания**.

Образ жизни родителей является важным детерминантом поведения детей и в значительной степени влияет на их здоровье [66].

Потребление алкоголя матерью

Результаты исследования позволили установить тесную связь между здоровьем ребенка и потреблением алкоголя матерью (табл. 4.9а,б, табл. 4.10б). При этом наблюдается значительный риск плохого здоровья даже для тех детей, матери которых употребляют алкоголь лишь 1 раз в месяц. Однако в данном случае необходимо помнить о том, что получить адекватную информацию о потреблении алкоголя чрезвычайно сложно, часто ее утаивают. Вполне возможно, что заявляя о потреблении алкоголя 1 раз в месяц, на самом деле женщина потребляет его гораздо чаще. Можно выделить несколько механизмов, позволяющих объяснить связь между здоровьем ребенка и пьянством матери.

С одной стороны, при злоупотреблении алкоголем родителями наблюдается исчезновение факторов, необходимых для успешного функционирования семьи, развивается снижение волевых качеств у родителей, отсутствие понимания ими детей и их элементарных потребностей. Все это приводит к большой нервно-психической и физической нагрузке как на семью в целом, так и на детей в особенности. Кроме того, алкоголизм родителей порождает социальные проблемы у их

детей: дети злоупотребляющих алкоголем родителей имеют повышенный риск развития таких проблем как расстройство поведения, правонарушения, синдром дефицита внимания [67], у них возникают сложности в общении со сверстниками — значительная часть их становится изгоями, объектом насмешек и т. п. Более того, дети пьющих родителей с большой вероятностью сами станут злоупотреблять алкоголем [68].

В семьях, в которых родители злоупотребляют алкоголем, складывается особый образ жизни, который может оказать непосредственное негативное влияние на здоровье ребенка, характеризуемый плохими привычками в питании, недосыпанием, повышенной вероятностью несчастных случаев [69].

С другой стороны, связь между потреблением алкоголя матерью и здоровьем ребенка может быть обусловлена долгосрочным влиянием материнского пьянства. О пагубном воздействии употребления женщиной алкоголя во время беременности на новорожденного известно давно. Однако только в 1967 г. французский врач П.Лемойн (P.Lemoine) и его коллеги [70] впервые научно описали детей, пораженных злоупотреблением алкоголем матерью. Эти наблюдения привели в итоге к распознаванию четкого симптомокомплекса, ассоциирующегося с алкоголизмом беременных и названного алкогольным синдромом плода (АСП), то есть отклонения, выявляющиеся у новорожденного уже сразу после рождения. В настоящее время применяется более широкий термин – алкогольные расстройства плода (АРП), – включающий в себя алкогольный синдром плода (АСП) и алкогольные эффекты плода (АЭП), т.е. последствия, проявляющиеся на более поздних этапах жизни.

Наиболее характерные отклонения, имеющие место при алкогольном синдроме плода [71,72,73,74,75]: **аномалии развития** (задержка развития плода, которая проявляется в отставании в росте, весе и окружности головы, часто настолько выраженная, что такие дети не в состоянии адаптироваться, требуют дополнительного ухода и госпитализируются); **аномалии лицевого черепа** (маленькие глаза, с выраженной внутренней складкой века, косоглазие; нос седловидной формы; вертикальная бороздка от носа к верхней губе, неглубокая или едва заметная; узкая верхняя губа; большие уши простой формы; расщелина неба в виде «волчьей пасти»); **аномалии костно-мышечной системы** (выявляются в 40% случаев, имеют разную степень выраженности: от контрактур мелких суставов пальцев до врожденных вывихов бедра и аномалий грудной клетки); **аномалии сердца** (выявляются в 29-50% случаях, наиболее распространены различные дефекты перегородок между предсердиями и между желудочками); **аномалии нервной системы** (сразу после

рождения у пораженных детей развиваются признаки «похмельного синдрома», схожие с «белой горячкой» у взрослых [76]; дети раздражительны, беспокойны, со слабым хватательным рефлексом, плохой координацией, и часто у них имеются проблемы с сосанием и питанием; нередко поражение мозжечка, что позднее проявляется в неуклюжести и периодически повторяющихся судорогах); **аномалии мочеполовой системы** (недоопущение яичек, недоразвитие половых губ у девочек, умеренные отклонения анатомии и функции почек).

Последствия употребления алкоголя беременными могут быть неявными для новорожденных, однако они проявляются в полной мере в дальнейшем. Одним из последствий употребления алкоголя беременной является отставание развития нервной системы и умственная неполноценность. Задержка в умственном развитии имеет различную выраженность и выявляется со школьной скамьи. Дети имеют способности ниже средних, у них налицо дефицит внимания, проблемы с поведением и, как следствие, они плохо обучаемы. Часто такие дети не в состоянии контролировать свои действия, плохо ладят с окружающими, конфликтны, страдают от частых депрессий, склонны к алкогольной и лекарственной зависимости.

Курение матери

Исследование позволило установить, что на здоровье детей дошкольного, младшего и среднего школьного возраста оказывает негативное воздействие курение матери, как настоящее, так и прошлое (табл.4.8.а,б, 4,9а,б). Такая связь может объясняться либо внутриутробным воздействием никотина, либо тем, что ребенок подвергается или ранее был подвержен пассивному курению. В России эта проблема очень актуальна, так как по данным ВОЗ 55% детей и подростков в нашей стране являются пассивными курильщиками дома и 72% – в общественных местах [77].

Исследователи указывают, что курение матери во время беременности может оказывать влияние практически на все системы органов будущего ребенка, а также имеет долгосрочный эффект, который проявляется уже во взрослой жизни. У курящей женщины риск родить младенца с недостаточной массой тела в три-восемь раз больше, чем у некурящей [78], что впоследствии является риском развития сердечнососудистых заболеваний [79], повышенного артериального давления [80], сахарного диабета второго типа [81], ожирения [82], заболеваний печени [83], почек [84]. Воздействие табачного дыма до рождения может быть фактором риска врожденных дефектов у ребенка (расщелины губы и костного неба, деформации конечностей, поликистоз почек, дефекты межжелудочковой перегородки, деформации черепа и

другие [85]); приводит к задержке роста легких (что в последующем сказывается на респираторном здоровье в течение всей жизни [86]); влияет на размеры и функции мозга [87]; повышает риск развития эмоциональных и поведенческих проблем, снижения интеллектуального потенциала [88], пониженных познавательных способностей [89], дезадаптивных форм поведения [90]; оказывает негативное влияние на репродуктивную функцию [91]; повышает риск развития всех видов злокачественных опухолей в целом, который проявляется не только в детском, но даже в зрелом возрасте [92].

Проблема влияния табачного дыма на здоровье некурящих стала предметом изучения относительно недавно. В 1986 г. были опубликованы два больших отчета, касающихся связи между воздействием окружающего табачного дыма и вредными последствиями для здоровья некурящих. Это были доклад главного врача США и отчет экспертного комитета США по пассивному курению. Тема влияния окружающего табачного дыма на здоровье детей нашла более полное отражение в докладе Калифорнийского агентства по охране окружающей среды, опубликованном в 1999 г. Наиболее важные результаты исследований влияния пассивного курения на здоровье ребенка представлены в следующей таблице (табл.4.3).

Некоторые упомянутые в данной таблице эффекты кажутся возможными лишь у взрослых, но не у детей, однако следует помнить, что многие болезни взрослых являются следствием тех условий, которые воздействовали на них в детстве. Это касается, прежде всего, сердечнососудистых и онкологических заболеваний.

Кроме того, другие последствия для здоровья детей, которые могут быть связаны с воздействием пассивного курения, включают также заболевания полости рта: например, риск развития заболевания пародонтита повышается в среднем на 60% [93]; появления кариозных полостей – в 2 раза [94]. Такая связь объясняется тем, что подверженность пассивному курению снижает способность организма справляться с разнообразными инфекциями, в частности с бактериями, вырабатывающими молочную кислоту, которая и приводит к разрушению зубов.

При учете в модели всех факторов негативный эффект воздействия курения матери на здоровье ребенка сохранился только для детей дошкольного возраста, вероятно, потому что они больше времени проводят с матерью (табл.4.8а,б). Наблюдается почти 2-кратный риск (OR=1,81; CI: 1,21-2,70) плохого здоровья для детей курящих матерей и практический 2-кратный риск (OR=1,73; граница статистической значимости CI: 0,99-3,09) хронических заболеваний для детей, матери

которых курили в прошлом (табл.4.8а,б). Связь между здоровьем детей 7-13 лет и материнским курением уменьшилась и стала незначимой (табл.4.9а,б (Модель 4)), что может быть объяснено статистически, корреляцией между курением матери и ее психопатологией (потреблением алкоголя, нервными расстройствами и депрессией).

Таблица 4.3.
Влияние пассивного курения на здоровье ребенка

Влияние на развитие	<ul style="list-style-type: none"> - Малая масса тела при рождении или недостаточная для данного срока беременности - Синдром внезапной смерти младенца
Респираторные эффекты	<ul style="list-style-type: none"> - Атопические (аллергические) заболевания - Снижение функции легких - Острые инфекции нижних дыхательных путей у детей - Возникновение и отягощение течения астмы у детей - Хронические респираторные симптомы у детей - Раздражение глаз и носовой полости - Инфекции среднего уха у детей
Канцерогенные эффекты	<ul style="list-style-type: none"> - Рак легких - Рак придаточных пазух носа
Сердечнососудистые эффекты	<ul style="list-style-type: none"> - Смертность от сердечнососудистых заболеваний - Острая и хроническая заболеваемость ишемической болезнью сердца

Источник: Андреева Т.И., Красовский К.С. Табак и здоровье. Киев, 2004.

Психические расстройства матери

Другой фактор, который оказывает негативное влияние на выполнение родительских обязанностей, а, соответственно, отрицательно сказывается на здоровье детей, – наличие различного рода нервных расстройств и депрессии у матери (табл. 4.8б, табл.4.9а,б, табл.4.10а). Матери в таком состоянии с большей вероятностью плохо заботятся о детях, и даже проявляют чувства враждебности и неприязни по отношению к ним [95,96,97]. Негативные последствия материнской депрессии для здоровья детей хорошо известны: дети, матери которых страдают депрессиями, сами подвергаются риску развития этой патологии [98]; они более агрессивны, подвержены асоциальному

поведению, имеют трудности в общении со сверстниками, низкие способности к самоконтролю, плохую успеваемость в школе (например, [99]). Более того, дети родителей, страдающих этим недугом, могут быть подвержены риску плохого здоровья, т.к. они с меньшей вероятностью получают необходимую медицинскую помощь и медикаменты, когда они требуются, по сравнению с детьми, родители которых не имеют психических расстройств.

Необходимо также отметить, что материнская депрессия может являться результатом проблем со здоровьем у ребенка.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, связь между психическим расстройством матери и здоровьем ребенка 0-6 лет опосредована другой материнской психопатологией (потреблением алкоголя): при одновременном учете в модели этих факторов коэффициенты шансов для депрессии уменьшились и стали незначимыми (табл. 4.8б (Модель 4)). Для детей 7-13 лет негативные эффекты материнской депрессии отчасти зависят от наличия хронических заболеваний у самой женщины: вероятно, женщины, страдающие хроническими заболеваниями, находятся в состоянии депрессии и склонны негативно оценивать здоровье своих детей (табл.4.9а). Для детей подросткового возраста депрессия матери оказывает негативное влияние не на девочек, а на мальчиков: риск плохого здоровья для них увеличивается почти в 2 раза. При этом эффект материнской депрессии не зависит ни от каких других факторов, учтенных в модели (табл. 4.10а). Другие западные исследования также подтвердили большую уязвимость мальчиков к материнской депрессии по сравнению с девочками [100].

Занятость матери

Еще один фактор, который может оказывать воздействие на способность матери заботиться о своем ребенке – ее занятость. Все более растущая вовлеченность женщин в участие на рынке труда поднимает вопрос о том, как же влияет занятость матери (замещение ее другими родственниками, нянями, детскими учреждениями и т.п.) на здоровье и благополучие ребенка. Исследование позволило установить высокий риск плохого здоровья и хронических заболеваний для детей работающих матерей, особенно дошкольного возраста и подростков-мальчиков (табл. 4.8а, табл. 4.10а). Вероятно, это именно тот возраст, когда ребенку особенно необходима забота матери.

Теоретически, занятость матери может иметь как положительный, так и отрицательный эффект для здоровья ребенка [101]. Вовлеченность женщины в участие на рынке труда обеспечивает получение дополнительного дохода к семейному бюджету и более широкий доступ к товарам и услугам, которые могут улучшить здоровье. Однако занятость

матери оставляет меньше времени для ее общения с ребенком и негативно отражается на качестве заботы и воспитания. В литературе существует несколько предположений, которые объясняют, каким образом занятость матери может нанести ущерб благополучию ребенка. Одно из них акцентирует внимание на социальном и эмоциональном развитии детей, другое – на познавательном развитии. Согласно так называемому «аргументу привязанности», когда связь между матерью и ребенком регулярно нарушается частой разлукой, привязанность ребенка к матери ослабевает, что приводит к долгосрочным негативным последствиям в его психосоциальном развитии. «Аргумент занятости» не сильно отличается от «аргумента привязанности», однако он менее ориентирован на психологические теории и акцентирует внимание на недостаток времени, которое занятая мать может уделять ребенку. Его суть состоит в том, что никто лучше матери не может быть компетентен в вопросах социализации, эмоциональной поддержки, здоровья, питания, образования детей. Согласно аргументу занятости, если женщина работает весь день, то она не может в достаточной мере уделять времени, внимания и любви своему ребенку; и это наносит ущерб его благополучию [102].

Результаты зарубежных исследований взаимосвязи между занятостью матери и благополучием ее детей довольно противоречивы. В начале 80-х гг. многочисленные исследования воздействия нематеринского ухода (в основном в детских учреждениях высокого уровня) показали, что неродительский уход необязательно оказывает негативное воздействие на благополучие детей. Дж. Бельский (J.Belsky) был одним из тех ученых, которые пришли к такому выводу (например, [103,104]). Однако, в конце 80-х гг. он частично изменил свою точку зрения на противоположную и предположил, что нематеринский уход в большом количестве негативно сказывается на развитии очень маленьких детей (например, [105,106]). Одни исследования подтвердили отрицательное воздействие нематеринского ухода на ребенка [107], в то время как другие выявили положительную связь, свидетельствующую о том, что дети, имеющие ранний опыт неродительского ухода, более благополучны (более независимы, уверены в себе, менее тревожны и т.п.) по сравнению с детьми, которые имели опыт неродительского ухода в более позднем возрасте [108]. Наконец, некоторые исследования не обнаружили вообще никакого влияния неродительского ухода на детей [109]. Такие противоречивые результаты могут быть объяснены разницей качества нематеринского ухода: низкое качество может оказывать негативное воздействие на благополучие ребенка, в то время как при уходе высокого качества любые негативные эффекты, ассоциирующиеся с ранним, обширным и/или продолжительным нематеринским уходом, могут

уменьшаться или исчезать совсем. Более того, уход высокого качества может играть важную роль, предохраняя ребенка от воздействия семейных рисков, например, негативных эффектов бедности или материнской депрессии [110].

Физическое окружение также оказывает существенное влияние на здоровье детей.

Жилье является не только укрытием от неблагоприятных влияний природы, но и мощным фактором, в значительной степени определяющим состояние здоровья. В России жилищная проблема стоит очень остро. Это проявляется как в крайне низкой обеспеченности жильем, так и в низком уровне его благоустроенности и комфортности. Положение усугубляется общим экономическим кризисом, в результате чего практически прекратило существование бесплатное предоставление государственного жилья, а его приобретение за счёт личных сбережений невозможно для большинства населения. Поэтому в силу этих и других причин большая часть населения проживает в плохих жилищных условиях. Впрочем, можно ли назвать «жилищными» условия, в которых на одного члена семьи приходится не более шести квадратных метров жилой площади, в которых обедают по очереди, а уроки дети готовят на коленках? В таких условиях проживает 22% детей согласно данным РМЭЗ.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что **перенаселенность жилища** оказывает существенное негативное воздействие на здоровье детей младшего и среднего школьного возраста (табл.4.9а). Наблюдается более чем двукратный риск плохого здоровья для тех из них, кто проживает менее, чем на 12 квадратных метрах жилой площади на человека по сравнению с обладателями более просторных жилищ (19 и более квадратных метров). Для детей дошкольного возраста величина риска также была значительна, но статистически незначима. Негативное влияние перенаселенности может проявляться в повышенном риске инфекционных заболеваний, в особенности тех, которые передаются воздушно-капельным путем или при личном контакте (грипп, туберкулез, менингит, респираторные, вирусные, бактериальные, кишечные, кожные инфекции) [111,112,113]. Перенаселенность жилища также оказывает негативное воздействие на психическое здоровье его обитателей, в особенности детей [114]. Результатом скученности могут стать повышенная возбудимость, напряженность, агрессия и более низкие уровни взаимодействия с другими детьми, плохая успеваемость [115]. Высокая плотность заселения жилища в детстве провоцирует возникновение проблем со здоровьем в зрелом возрасте: способствует

респираторным заболеваниям [116], развитию рака желудка [117], задержке роста [118] и сердечнососудистым нозологиям [119].

Тип жилья

Исследование позволило установить тесную связь между здоровьем и типом жилья для детей дошкольного возраста (табл. 4.8а (Модель 1)). Проживающие в отдельной квартире или собственном доме имеют меньший риск для здоровья по сравнению с теми, кто живет в общежитии или арендованном жилье. Аналогичный результат был получен ранее для взрослого населения западных стран [120] и г. Москвы [121]. Различные гипотезы были предложены для объяснения такой связи. Согласно одной из них, тип жилья является признаком других причинных факторов, таких как материальное или социальное положение, нежели чем оказывает прямое воздействие на состояние здоровья. Еще одна гипотеза предполагает, что существует прямая связь между психологическими особенностями, такими как самооценка, и здоровьем. Обладание отдельным жильем повышает самооценку индивида, что благоприятно отражается на его здоровье. Проживание в отдельном жилище обеспечивает некую степень контроля над помещением – чувство защищенности, а это очень важно для здоровья [122,123].

Однако более вероятной в данном случае представляется гипотеза, согласно которой тип собственности прогнозирует жилищные условия, физическое и социальное окружение, которые оказывают воздействие на здоровье детей. Проведенное исследование подтвердило именно эту гипотезу: при учете в модели одновременно типа жилья и жилищных условий (жилая площадь на человека) эффект влияния типа жилья уменьшился и утратил свою значимость) (табл. 4.8а).

Тип поселения

Теоретически, тип поселения может воздействовать на здоровье двояким образом. С одной стороны, можно предположить, что дети, проживающие в сельской местности, подвержены плохому здоровью по сравнению с городскими сверстниками в связи с возможным более низким уровнем жизни, меньшим доступом к качественным услугам здравоохранения на селе. С другой стороны, возможна и обратная ситуация. Сельские дети более физически активны, питаются более здоровой пищей и, в целом, проживают в экологически чистой и менее стрессовой обстановке. И, таким образом, могут быть более здоровыми по сравнению с городскими. Проведенное исследование подтвердило именно последнюю гипотезу (табл.4.9а,б).

По мере взросления ребенка расширяется число факторов, которые оказывают влияние на его здоровье. К ним добавляются школьные и поведенческие характеристики.

Школьные факторы

По данным директора НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН В. Кучмы, школа столь пагубно сказывается на здоровье детей, что здоровыми ее заканчивают лишь 2-3%. Одной из причин превращения школьников в больных-хроников в НИИ считают неоправданно высокие, «запредельные» школьные нагрузки. Именно по этой причине более половины школьников не усваивают сейчас свыше 60% программного материала по математике, физике, химии, биологии [124]. Серьезные беспокойства по поводу небывалой перегрузки учащихся в последнее десятилетие отражены в многочисленных публикациях гигиенистов и педиатров. Прослеживается четкая связь между повышением утомляемости и невротизации, усилением дезадаптации и ухудшением состояния здоровья учащихся с интенсификацией школьного обучения и увеличением объема учебных нагрузок. Интенсивная учебная нагрузка является наиболее неблагоприятным фактором школьной среды [125].

Школьные болезни предопределены тем, что дети большую часть времени проводят в учебных аудиториях – сидят за неудобными ученическими партами, с тусклыми осветительными приборами. По данным Роспотребнадзора [126] санитарно-техническое состояние многих детских и подростковых учреждений в Российской Федерации находится в плачевном состоянии: 3,7% требуют капитального ремонта, 11,2% не имеют канализации, 9,3% – централизованного водоснабжения, 6,3% – отопления. Улучшение в течение последних пяти лет происходит в основном за счет приостановки деятельности таких учреждений. Наибольший процент учреждений с неудовлетворительным санитарно-техническим состоянием отмечается среди общеобразовательных: 20,0% не канализованы, 16,2% не имеют централизованного отопления, 7,0% нуждаются в капитальном ремонте. В ряде регионов школы работают на печном отоплении.

Неудовлетворительное санитарно-техническое состояние детских учреждений отмечается в регионах Сибирского федерального округа (в Республиках Бурятия, Алтай, Тыва, Иркутской области, Забайкальском крае), где количество неканализованных учреждений составляет от 24,8% до 79,4%, не имеющих централизованного водоснабжения – от 21,6% до 79,2%. Централизованное отопление отсутствует в 74,3% учреждений Республики Тыва, 28,8% Иркутской области, 17,2% Забайкальского края,

16,5% Республики Хакасия. Слабая материально-техническая база отмечается в детских учреждениях Республики Саха (Якутия) (не канализованы, не имеют централизованного водоснабжения и отопления 59,7%, 65,3%, 17,6% учреждений соответственно), Республики Калмыкия (60,1%, 60,8%, 27,6%), Чеченской Республики (47,0%, 29,9%, 98,1%), а также Ненецкого АО (кроме отопления), Архангельской области, Республики Дагестан, Чукотского АО, где процент неблагополучных по всем показателям учреждений превышает среднероссийский в 2 и более раз.

В целом по Российской Федерации 18,9% детских и подростковых учреждений не соответствуют санитарным правилам по показателю освещенности. Наиболее критично ситуация складывается в Республике Коми (29,5% замеров в 32% учреждений), Ненецком АО (28,2% замеров в 32% учреждений), Томской области (24,8% замеров в 35,3% учреждений), Республике Хакасия (23,9% замеров в 45,8% учреждений), во Владимирской области (23,3% замеров в 41,1% учреждений), в Ярославской области (20,8% замеров в 34,8% учреждений), Архангельской области (20,4% замеров в 45,1% учреждений).

Важной частью внутришкольной среды, оказывающей воздействие на здоровье детей, служит мебель. Обеспеченность мебелью, соответствующей росту-возрастным особенностям детей, по-прежнему, остается на недостаточном уровне. Не отвечают требованиям санитарного законодательства 69,5% исследований школьной мебели в Приморском крае, 56,2% – в Сахалинской области, 48,3% – в Архангельской области, 46,8% – в Костромской области, 42,2% – в Удмуртской Республике, 40,8% – в Красноярском крае.

В суточном бюджете времени современных школьников преобладают статические виды деятельности. В школе они проводят время за партами, а дома – за уроками. Многие школьники имеют дополнительные занятия, близкие по характеру к учебной деятельности (занятия с репетиторами, иностранным языком, музыкой и др.), то есть с выраженным статическим компонентом. По данным РМЭЗ в среднем ученики младшей и средней школы тратят на такого рода занятия 2,2 часа в день (табл.4.4). С возрастом интенсивность нагрузок на школьников существенно увеличивается. По данным Института возрастной физиологии РАО первоклассники находятся в школе от 3,0 до 5,2 астрономических часов в день. Общая статическая нагрузка, учитывающая уроки, факультативные занятия, самоподготовку, внешкольные занятия на средней и старшей ступени составляет в среднем 9 часов 45 минут. Если к этому времени добавить среднее время просмотра телепередач –1 час 36 минут, то без

движения десятиклассники проводят в среднем 11 с половиной часов [127].

Как показало исследование, наблюдается практически двукратный риск плохого здоровья для тех детей, которые проводят за уроками и дополнительными занятиями 3 и более часов в день (табл.4.9а).

Вызывает серьезную озабоченность и то, что дети много времени проводят перед экранами телевизоров или компьютеров. По данным РМЭЗ ежедневно 1 час или меньше тратят на такого рода занятия 29,4% школьников, от 1 часа до 2 часов – 36,9%, 2-3 часа – 21% и более 3 часов – 12,7%. Установлено, что если ребенок смотрит телевизор или играет в компьютерные игры 2 и более часов ежедневно, риск плохого здоровья и хронических заболеваний для него увеличивается более чем на 30% (табл.4.9а,б (Модель 1)). Согласно зарубежным исследованиям существует причинно-следственная связь между временем, которое ребенок уделяет этим занятиям, и ожирением. Так, например, было показано [128], что преобладание ожирения у подростков 12-17 лет увеличивалось на 2% с каждым дополнительным часом просмотра телевизора в неделю. Последующие исследования подтвердили наличие такой связи [например, 129]. Возможны разные механизмы, объясняющие ее. Во-первых, время, проведенное за компьютером или перед телевизором, часто заменяет физическую активность. Во-вторых, возрастает потребление калорий, или как следствие «перекусов» во время просмотра передач, или в результате рекламы нездоровых продуктов питания по телевизору [130]. Существует подтверждение того, что время просмотра телевизионных передач имеет отношение к просьбам детей и покупкам родителями продуктов, которые широко рекламируются [131], и что телевизионная реклама может приводить к неправильному формированию типа питания у детей [132].

Таблица 4.4 .

Распределение школьников 7-13 лет по количеству времени, затрачиваемому на уроки, чтение, занятие музыкой, рисование, РМЭЗ, 2004 г.

возраст часы	7	8	9	10	11	12	13	Все дети
0-1	36,2	24,1	22,2	14,9	21,0	16,0	17,1	21,0
1-2	42,2	46,7	45,9	41,6	36,2	45,5	38,8	42,4
2-3	18,1	25,5	21,5	32,9	25,4	19,2	27,0	24,5
Больше 3	3,4	3,6	10,4	10,6	17,4	19,2	17,1	12,1
Итого, в среднем (часов)	1,8	1,9	2,1	2,3	2,4	2,4	2,4	2,2

Сохраняется тенденция к уменьшению количества школ. В основном это происходит из-за закрытия учреждений в сельских районах в связи с низкой наполняемостью, приостановки деятельности в связи с ухудшением материально-технической базы учреждений, перепрофилирования и реорганизации. В результате многие учащиеся вынуждены долго добираться до школы, а многим общеобразовательным учреждениям приходится работать в две и даже в три смены. К тому же часто родители все чаще при выборе школы для ребенка во главу угла ставят вопросы престижа. Неважно, что школа далеко от дома и, значит, ребенку придется вставать ни свет ни заря, ехать в переполненном транспорте. Согласно исследованию в среднем школьники 7-13 лет добираются до школы полчаса (27 минут). При этом 35,3% из них тратят на дорогу 15 минут или меньше, 44,3% – от 15 до 30 минут, 17,8% – от 30 до 1 часа, а у 2,6% дорога в школу занимает больше часа.

Однако, как позволило установить исследование, наиболее важно для здоровья детей младшего и среднего школьного возраста оказывается то, как они добираются до школы: пешком или на транспорте (при этом неважно, на собственном автомобиле или общественным транспортом) (табл.4.9а,б). Использование транспорта повышает в 1,5-2 раза риск плохого здоровья и хронических заболеваний.

Поведенческие факторы и личностные характеристики

Физическая активность

Все меньше времени у детей остается на занятия физкультурой и спортом в свободное от учебы время, и это не может не вызывать беспокойства. Проведенное исследование выявило значительный риск плохого здоровья для тех подростков, которые никогда не занимаются даже легкими физическими упражнениями в свободное от учебы время. Причем этот фактор был особенно важен для здоровья мальчиков (табл.4.10а). Для детей 7-13 лет связь между физической активностью и здоровьем не была установлена, что, возможно, объясняется тем, что данный фактор действует с некоторым временным лагом.

Положительное влияние физической активности на здоровье взрослых людей хорошо исследовано и подтверждено документально: регулярная физическая активность может значительно улучшить качество жизни, как в физическом, так и в психологическом аспектах (например, [133,134]). Физически пассивные люди подвергаются значительно большему риску развития целого ряда неинфекционных болезней по сравнению с лицами, ведущими умеренный и чрезвычайно активный образ жизни. Силами ВОЗ недавно был осуществлен обзор фактических данных,

относящихся к влиянию физической активности на здоровье [135,136] (табл.4.5).

Таблица 4.5.

Краткая характеристика влияния физической активности на здоровье

Состояние	Эффект
Ишемическая болезнь сердца	Снижение риска
Инсульт	Снижение риска
Сахарный диабет II типа	Снижение риска
Рак ободочной кишки	Снижение риска
Рак молочной железы	Снижение риска
Состояние костно-мышечной системы	Улучшение
Избыточная масса тела и ожирение	Снижение риска
Психологический статус	Улучшение
Депрессия	Снижение риска

Получены весьма убедительные научные аргументы, свидетельствующие о том, что регулярная физическая активность может снизить риск сердечнососудистых заболеваний; сахарного диабета II типа (инсулиннезависимого); злокачественных новообразований. Физическая активность в течение всей жизни может улучшать состояние костно-мышечной системы, поддерживать оптимальную массу тела.

Польза физической активности для здоровья детей и подростков исследована не так хорошо как для взрослых, хотя в проведенных обзорах было выявлено незначительное положительное влияние на такие итоговые показатели здоровья, как аэробная выносливость, кровяное давление, содержание липидов в крови, здоровье костной системы [137], снижение избыточного веса и ожирения [138,139]. Кроме того, польза активного детства может быть перенесена и во взрослую жизнь: физически активный ребенок вероятнее всего будет и активным взрослым [140].

Помимо того, что физическая активность может способствовать снижению проявлений депрессии, она оказывает и другие положительные эффекты психологического и социального характера, которые, в свою очередь, благотворно влияют на здоровье. Так, например, она помогает развитию социальных навыков, формированию позитивной самооценки, развитию чувства уверенности, способствует повышению качества жизни. Наконец, физическая активность имеет тенденцию ассоциироваться с другими элементами здорового образа жизни, такими как рациональное питание, отказ от курения, и, поэтому, может использоваться для стимулирования других позитивных поведенческих изменений [141].

Курение

Исследование выявило существенный риск плохого здоровья для тех подростков-мальчиков, которые курят в настоящее время или курили ранее (табл.4.10а). Большинство людей знают, что табак вреден, но лишь немногие, даже среди медицинских работников, осознают, насколько он опасен в реальности. Табак – одна из основных предотвратимых причин смерти в сегодняшнем мире: он убивает до половины употребляющих его людей. В настоящее время в мире курят более одного миллиарда человек – около четверти взрослого населения, и ежегодно табак приводит к смерти свыше пяти миллионов человек. Если нынешние тенденции сохранятся, то к 2030 г. табак будет ежегодно убивать более восьми миллионов. К концу нынешнего столетия он способен унести жизни 1 миллиарда [142].

Употребление табака представляет собой фактор риска для шести из восьми основных причин смерти в мире (рис.4.1). Табакокурение вызывает, помимо прочих болезней, рак легких, гортани, почек, мочевого пузыря, желудка, толстой кишки, полости рта и пищевода, а также лейкемию, хронический бронхит, хроническое обструктивное заболевание легких, ишемическую болезнь сердца, инсульт, выкидыши и преждевременные роды, врожденные пороки и бесплодие. Это приводит к человеческим страданиям, которые можно предотвратить, и потере многих лет продуктивной жизни.

Год от года становится все острее проблема подросткового курения, и решение ее требует безотлагательных действий. Для этого можно выделить несколько причин.

Во-первых, приобщение к курению часто происходит именно в подростковом возрасте. Например, по данным Обследования здоровья москвичей 74% курильщиков сообщили, что пристрастились к этой вредной привычке до 20 лет (при этом 24% начали курить еще до достижения 15-летнего возраста) [143]. Молодые люди, которые приобретают эту вредную привычку и становятся табакозависимыми до того, как станут взрослыми, с меньшей вероятностью бросают курить и с большей вероятностью имеют проблемы со здоровьем, обусловленные курением. Чем позже произойдет первое знакомство с табаком, тем меньше вероятность того, что человек приобретет зависимость от никотина [144]. Исследователи подсчитали, что половина курящих подростков-юношей будут курить, по крайней мере, 16 лет; среди девушек этот показатель равен 20 годам [145].

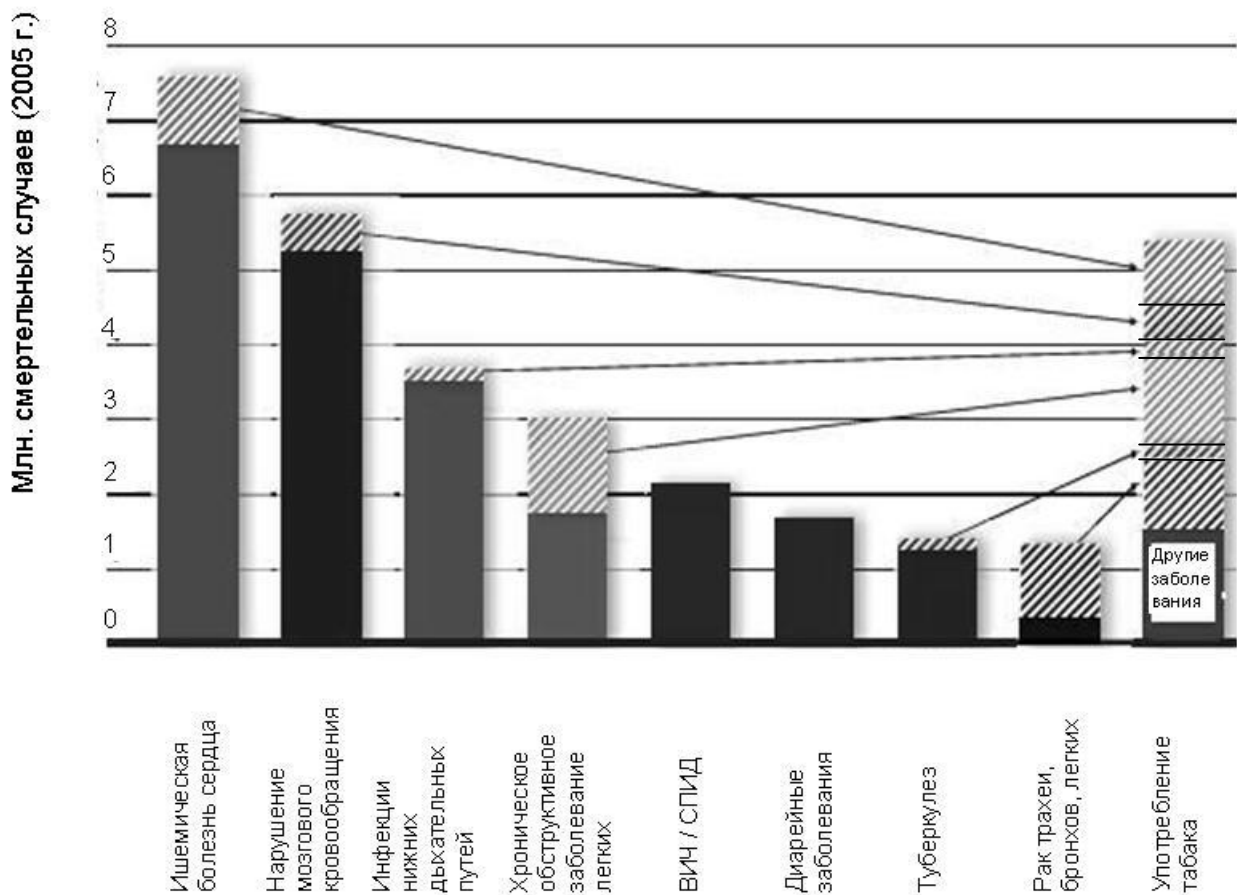


Рис. 4.1. Употребление табака служит фактором риска шести из восьми основных причин смерти в мире

Заштрихованные зоны указывают процент смертных случаев, связанных с употреблением табака

*Включая рак ротовой полости и гортани, рак пищевода, рак желудка, рак печени, другие виды рака, а также сердечнососудистые заболевания, кроме ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения.

Источник: MPOWER: A Policy Package to Reverse the Tobacco Epidemic. WHO. 2008. <https://www.who.int/tobacco/mpower>

Курящие подростки часто обращаются за медицинской помощью в связи с эмоциональными или психологическими расстройствами. По сравнению с некурящими у них обнаруживается снижение ряда когнитивных функций – внимания, объема кратковременной памяти, снижение точности и скорости логических операций, ухудшение зрительно-моторной координации [149]. Курение способствует повышению утомляемости после учебных нагрузок, плохому самочувствию, увеличивает заболеваемость ОРЗ [150,151].

У курящих девушек наблюдаются различные нарушения менструальной функции. Риск появления сильных болей во время менструации у них в 1,6 раза выше, чем у некурящих. При сочетании

вредных привычек вероятность появления этого симптома выше уже в 2,8 раза [152].

В-третьих, курящие подростки отличаются от некурящих более высокой распространенностью других форм отклоняющегося поведения – уровнем алкоголизации, приобщением к другим наркотическим веществам (подробнее см. гл. 5). Зарубежные исследования свидетельствуют о том, что для курящих подростков возрастает вероятность употребления марихуаны – в 8 раз, кокаина – в 22 раза [153].

Потребление алкоголя

Алкоголь является психоактивным веществом с известной способностью вызывать зависимость у людей и животных. Доказано, что для подростков, которые начали регулярно употреблять алкоголь до достижения ими возраста 14 лет, вероятность развития алкогольной зависимости увеличивается в 3 раза по сравнению с теми, кто отложил потребление алкоголя до 21 года [154].

Алкоголь также является токсичным веществом. Хорошо известно, что потребление алкоголя имеет множество негативных последствий. Оказывая воздействие на все системы и органы человеческого организма, он может вызывать около 60 видов заболеваний и расстройств, включая как хронические болезни (алкогольная зависимость и цирроз печени), так и такие острые состояния, как отравления и травмы [155].

Согласно имеющимся оценкам, употребление алкоголя является причиной 1,8 млн. смертных случаев и 4% бремени болезней во всем мире (рис.4.2). В то же время в Европейском регионе в целом в 2002 г. этот показатель был более, чем в два раза выше, составляя 10,8%. В этот же год число случаев преждевременной смерти, связанной с алкоголем, составило около 600 тыс. Алкоголь создает гораздо большее бремя болезней для мужчин, чем для женщин – относимая к алкоголю доля общего бремени для мужчин приблизительно в четыре раза выше, чем для женщин.

В таблице (табл.4.6) приводятся показатели бремени болезней, связанных с алкоголем, по категориям заболеваний.

На преднамеренные и непреднамеренные травмы приходится в мире 41,3% глобального бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, а в Европейском регионе – 43,5%. На психоневрологические расстройства – соответственно 38,2% и 33,2%; на хронические заболевания неинфекционного характера – 20,2% и 23,3%.

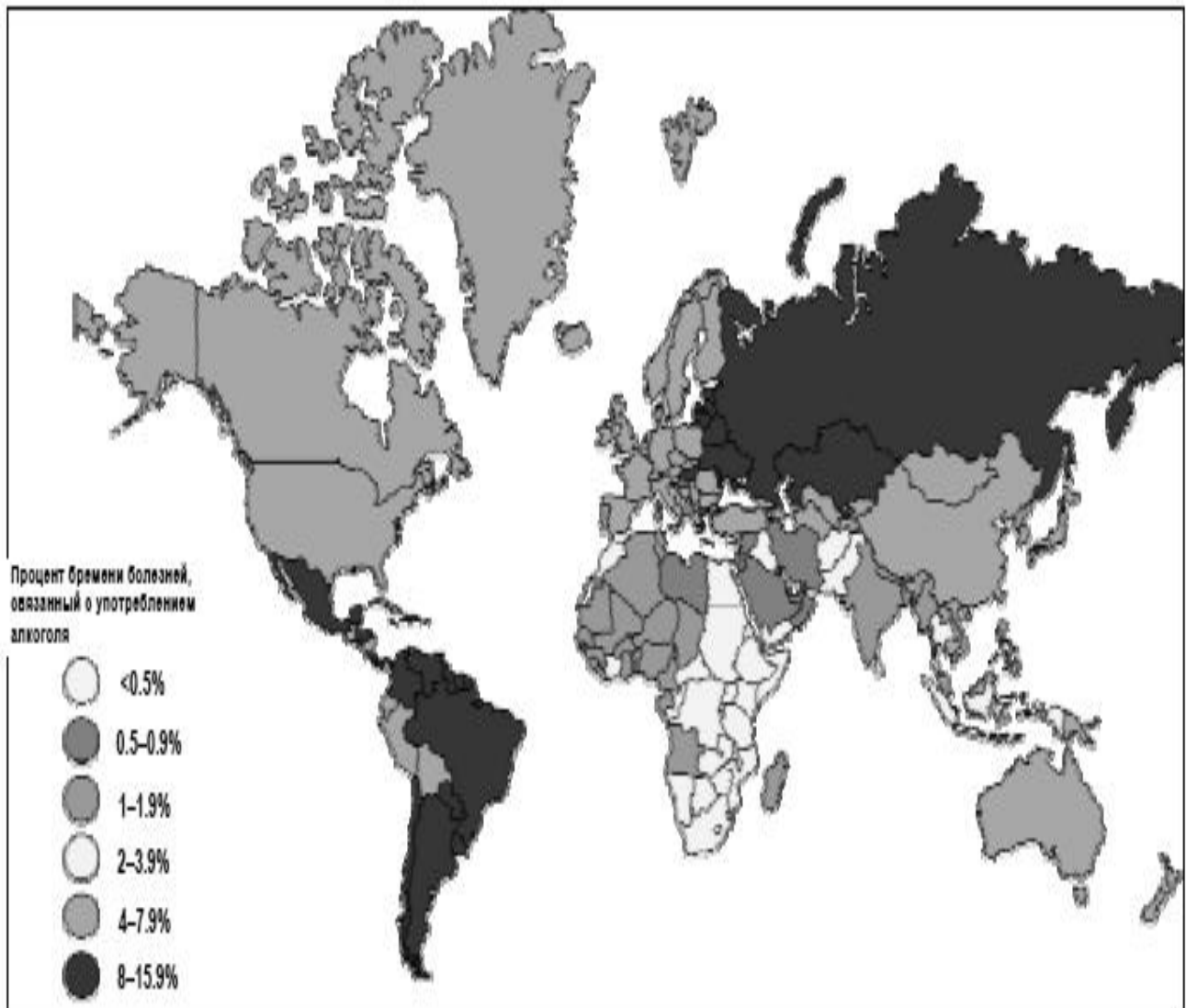


Рис. 4.2. Бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя во всем мире в 2000 г. в процентах от бремени болезней, связанных с 27 основными факторами риска.

Источник: Политика в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ: текущее положение дел и направления дальнейших действий. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/10/05 Копенгаген, Бухарест, 12 сентября 2005 г. <http://www.med.by/who/2005/fs1005r.pdf>

Таблица 4.6.

Бремя болезней, связанных с алкоголем, в тысячах DALYs в 2002 г. по категориям заболеваний (цифры округлены до тысячи)

	Европейский регион		В мире	
	Всего	% от всех DALYs, связанных с алкоголем	Всего	% от всех DALYs, связанных с алкоголем
Материнские и перинатальные состояния	14	0,1	111	0,2
Рак	858	5,5	4175	7,0
Психоневрологические состояния	5195	33,2	22701	38,2
Сосудистые заболевания	1169	7,5	3693	6,2
Другие неинфекционные болезни	1607	10,3	4175	7,0
Непреднамеренные травмы	4367	31,1	17044	28,7
Преднамеренные травмы	1933	12,4	7452	12,6
Все DALYs, связанные с алкоголем	15643	100,0	50351	100,0
DALYs, связанные с алкоголем, в процентах от всех DALYs	10,8		4	

Источник: Политика в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ: текущее положение дел и направления дальнейших действий. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/10/05 Копенгаген, Бухарест, 12 сентября 2005 г.

<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1005r.pdf>

Риск хронических состояний здоровья, связанных с алкоголем, повышается с увеличением уровня потребления алкоголя (табл.4.7), причем нет никаких данных о пороговом эффекте.

Таблица 4.7.

Риск основных хронических заболеваний в зависимости от пола и уровня потребления алкоголя

Заболевания	Женщины			Мужчины		
	Уровень потребления алкоголя*					
	I	II	III	I	II	III
Рак полости рта и гортани	1,45	1,85	5,39	1,45	1,85	5,39
Рак пищевода	1,80	2,38	4,36	1,80	2,38	4,36
Рак печени	1,45	3,03	3,60	1,45	3,03	3,60
Другие новообразования	1,10	1,30	1,70	1,10	1,30	1,70
Эпилепсия	1,34	7,22	7,52	1,23	7,52	6,83
Повышенное кровяное давление	1,40	2,00	2,00	1,40	2,00	4,10
Коронарные заболевания сердца	0,82	0,83	1,12	0,82	0,83	1,00
Ишемический инфаркт	0,62	0,64	1,06	0,94	1,33	1,65
Геммарогический инфаркт	0,59	0,65	7,98	1,27	2,19	2,38
Другие сердечнососудистые заболевания	1,50	2,20	2,20	1,50	2,20	2,20
Цирроз печени	1,26	9,54	9,54	1,26	9,54	9,54

* I: для женщин – 0-19,99 г чистого алкоголя ежедневно; для мужчин – 0-39,99 г чистого алкоголя

II: для женщин – 20-39,99 г чистого алкоголя ежедневно; для мужчин – 40-59,99 г чистого алкоголя

III: для женщин – больше 40 г чистого алкоголя ежедневно; для мужчин – больше 60 г чистого алкоголя

Источник: Rehm J., Gmel G., Sempos C.T., Trevisan M. Alcohol related morbidity and mortality //Alcohol research and health. 2002. Vol.27 No. 1

Международное агентство по изучению рака (МАИР) определило алкоголь как канцерогенный фактор для человека [156]. Были выявлены несколько механизмов канцерогенеза в связи с алкоголем. Повторяющееся потребление алкоголя вызывает поражение печени [157]. Сильно пьющие подростки имеют повышенный риск развития цирроза печени в старшем возрасте [158]. Хроническое употребление алкоголя может привести к отрицательным иммунологическим последствиям. У людей с алкогольной зависимостью часто наблюдается иммунодефицит и повышенная заболеваемость инфекционными болезнями. В отношении сердечных патологий воздействие алкоголя, по-видимому, является как положительным, так и отрицательным. В ходе эпидемиологических исследований было установлено профилактическое воздействие регулярного легкого употребления алкоголя (в таких малых дозах, как

один раз в два дня), хотя эти результаты по-прежнему являются противоречивыми [159] и, вероятно, ограничиваются группами мужчин в возрасте старше 45 лет и женщин в период после менопаузы. Однако чрезмерное потребление алкоголя связано с увеличением числа случаев сердечных приступов. Исследования свидетельствуют о преобладании высокого диастолического давления среди подростков 12-16 лет, употребляющих алкоголь [160].

Пожалуй, самым уязвимым местом в организме подростка, по которому алкоголь бьет особенно жестоко, является центральная нервная система, перестающая полноценно выполнять свою контролирующую и руководящую роль. Все больше исследований подтверждают, что даже умеренное потребление алкоголя в детстве и подростковом возрасте наносит непоправимый ущерб. Алкоголь влияет на развитие мозга, то есть на процесс, который имеет жесткие временные и пространственные ограничения, и в течение которого каждый отдел мозга развивается по собственному графику. Доказано, что на эти процессы развития алкоголь воздействует селективно на клеточном и молекулярном уровнях. В подростковом возрасте алкоголь может привести к структурным изменениям гиппокампа (части мозга, отвечающей за процесс обучения и памяти). Согласно исследованиям гиппокамп подростка, злоупотребляющего алкоголем, на 10% меньше по сравнению с другими детьми, которые воздерживаются от употребления алкоголя [161]. У пьющих подростков снижается способность к обучению, логическому мышлению, запоминанию. Они могут запомнить на 10% меньше по сравнению со сверстниками, которые не имеют такой пагубной привычки [162]. Другая часть мозга, которая наиболее подвержена негативному влиянию злоупотребления алкоголем – префронтальная область. Она играет существенную роль в формировании личности подростка и отвечает за его поведение. Ее называют «главным администратором тела» («CEO of the body») [163].

Таким образом, алкогольная зависимость, поражение головного мозга, высокое кровяное давление, поражение печени – являются основными последствиями потребления алкоголя для подростков.

Проведенное исследование не выявило статистически значимого риска плохого здоровья для подростков 14-17 лет употребляющих алкоголь, что, однако, не свидетельствует об отсутствии негативных последствий. Вероятно, они проявятся позднее.

Самооценка подростка

Полученные результаты свидетельствуют о том, что мальчики-подростки с высокой самооценкой склонны более высоко оценивать свое здоровье (табл.4.10а), что подтверждает выводы других

немногочисленных исследований (например, [164]). Зарубежные ученые также установили, что люди с высокой самооценкой с меньшей вероятностью подвержены депрессии (например, [165]). Согласно результатам исследований, российские подростки имеют тенденцию оценивать себя и свои способности ниже по сравнению со сверстниками из других стран [166]. Исследователи предположили, что дети в России (особенно мальчики) подвергаются более сильному давлению со стороны родителей и учителей, которое выражается в более критическом отношении. Например, учителя недостаточно хвалят учеников за их успехи, а родители оценивают способности и достижения своих детей значительно ниже, чем в других странах.

Существует несколько причин для того, чтобы рассматривать высокую самооценку как фактор, способствующий сохранению здоровья подростков, как психического, так и физического. Например, индивиды с высокой самооценкой с большей вероятностью ощущают заботу и поддержку – факторы, которые оказывают мощное защитное действие на состояние здоровья, в том числе и продолжительность жизни [167]. Согласно гипотезе «буфера», высокая самооценка смягчает влияние различного рода стрессов (особенно долгосрочных), т.к. индивиды с высокой самооценкой интерпретируют негативные события жизни более оптимистично, ощущают способность их контролировать и возможность справиться с ними [168].

Кроме того, возможно, что подростки с низкой самооценкой начинают вести себя причиняющим ущерб здоровью образом (курить, потреблять алкоголь), пытаясь «улучшить» свой имидж, что негативно отражается на их здоровье (подробнее см.гл.5).

* * *

Проведенное исследование, результаты которого были представлены в данной главе, позволило подтвердить что здоровье (нездоровье) детей имеет комплексный характер, включая многие детерминанты, относительная значимость которых все время меняется по мере взросления ребенка. Тем не менее, можно выделить ряд общих факторов детского здоровья независимо от возраста детей. Ребенок рождается с определенными унаследованными биологическими особенностями, которые составляют основу для его дальнейшего физического и психического развития. Установлено, что, одним из самых важных факторов здоровья детей является состояние здоровья их матерей: чем больше у матери хронических заболеваний, тем выше для ребенка риск иметь плохое здоровье или хронические болезни. Следующий фактор,

который оказывает влияние на здоровье всех детей, независимо от возраста (кроме мальчиков-подростков), – размер домохозяйства: дети из больших домохозяйств (в которых проживает 6 и более членов) обладают лучшим здоровьем по сравнению с детьми из домохозяйств меньшего размера, что, возможно, объясняется особым природным иммунитетом детей из больших семей, более гибкой психикой, тем, что в больших семьях за детьми есть, кому присмотреть, пока родители на работе.

Следующий набор факторов также характеризует возможности ребенка получать полноценную заботу и воспитание. Исследование позволило выявить высокий риск плохого здоровья и хронических заболеваний для детей работающих матерей. Возраст, когда дети особенно нуждаются в матери, – дошкольный и подростковый период. Другой фактор, воздействующий на здоровье ребенка – потребление алкогольных напитков матерью. При этом отрицательный эффект этого фактора для здоровья детей младшего и среднего школьного возраста наблюдается даже тогда, когда мать потребляет алкогольные напитки 1 раз в месяц. Депрессия матери негативно сказывается на здоровье детей младшего и среднего школьного возраста и мальчиков-подростков. Курение матери оказывает влияние на здоровье детей до семи лет.

Полученные в исследовании результаты показали, что на первом этапе (до 7 лет) самую важную роль в жизни ребенка играют практически все выше перечисленные факторы, т.е. факторы, определяющие наследственность и качество заботы, которую получает ребенок. По мере взросления детей расширяется число детерминант здоровья. Важное значение приобретают факторы окружающей среды. Доказано существенное негативное воздействие перенаселенности жилища на здоровье детей младшего и среднего школьного возраста: наблюдается более чем двукратный риск плохого здоровья и хронических заболеваний для тех из них, кто проживает менее чем на 12 квадратных метрах жилой площади на человека по сравнению с обладателями более просторных жилищ (19 и более квадратных метров). При этом выявлена связь между типом поселения и здоровьем: дети, проживающие в сельской местности с меньшей вероятностью имеют хронические заболевания по сравнению с городскими сверстниками. Это, с одной стороны, объясняется тем, что сельские дети более физически активны, питаются более здоровой пищей и, в целом, проживают в более экологически чистой и менее стрессовой обстановке, а, с другой стороны, меньшими возможностями диагностики заболеваний в сельской местности. Большое значение для детей школьного возраста имеют школьные факторы. Выявлен практически двукратный риск плохого здоровья для тех детей, которые проводят за уроками и дополнительными занятиями 3 и более часов в день, или

добираются до школы на транспорте (при этом неважно, на автомобиле или общественным транспортом).

В подростковый период дети становятся весьма уязвимыми по отношению к определенным факторам риска, включая желание испытать на себе воздействие психоактивных веществ. Наибольший вред здоровью подростков (особенно мальчиков) наносит курение. При этом исследование выявило существенный риск плохого здоровья не только для тех подростков, которые курят в настоящее время, но и тех, кто курил ранее, но к моменту обследования бросил. Установлен риск плохого здоровья для тех подростков, которые никогда не занимаются даже легкими физическими упражнениями в свободное от учебы время. Этот фактор также особенно важен для здоровья мальчиков. Происходящие в обществе негативные перемены способствуют формированию чувства неуверенности, прежде всего в такой социальной группе, как подростки, провоцируя ухудшение состояния здоровья: доказано, что дети (особенно мальчики) с низкой самооценкой склонны оценивать свое здоровье как плохое.

В заключение необходимо отметить влияние важного фактора, который оказывает не прямое, а опосредованное воздействие на здоровье детей. Выявлен риск плохого здоровья и хронических заболеваний для тех, кто проживает в семьях, которым приходится отказываться от медицинской помощи по причине нехватки материальных средств. Возможно, полученные результаты свидетельствуют о долгосрочном материальном недостатке семьи, который оказал негативное воздействие на здоровье матери (посредством неадекватного питания, медицинских услуг), и, в конечном итоге, обусловил плохое здоровье ее потомства.

Все перечисленные выше факторы поддаются воздействию и требуют безотлагательного вмешательства государства и общества. И если в ближайшие годы не будут предприняты необходимые меры, общество столкнется с серьезными проблемами в будущем.

Таблица 4.8а.

Риск плохого здоровья для детей в возрасте 0-6 лет, РМЭЗ, 2004
(коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами)

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5
Тип семьи					
Полная (биологические родители)	1	1	1	1	1
Полная (отчим/мачеха)	0,73 (0,27-1,93)	0,74 (0,36-1,51)	0,66 (0,31-1,40)	0,54 (0,24-1,22)	0,49 (0,22-1,10)
Неполная / Другие родственники	0,76 (0,43-1,38)	0,65 (0,43-1,02)	0,67 (0,43-1,04)	0,42 (0,25-1,02)	0,43 (0,26-1,04)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-
Размер домохозяйства					
Менее 6 человек	1	1	1	1	1
6 и более человек	0,41(0,26-0,66)*	0,39(0,24-0,63)*	0,39(0,23-0,67)*	0,49(0,28-0,86)*	0,50(0,79-0,89)*
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,01	P<0,01
Не хватает денег на мед.услуги (да)	1,34 (0,98-1,85)	1,48 (1,06-2,05)	1,29 (0,91-1,84)	1,24 (0,86-1,80)	1,16 (0,79-1,62)
<i>Значимость</i>	-	P<0,05	-	-	-
Тип жилья					
Собственное жилье	1		1	1	1
Аренда / общежитие	1,45(1,03-2,06)*		1,31 (0,88-1,95)	1,32 (0,87-1,99)	1,35 (0,89-2,05)
<i>Значимость</i>	P<0,05		-	-	-
Жилая площадь на человека					
6 м ² и меньше	1,80(0,57-5,69)		1,55 (0,47-5,07)	1,20 (0,35-4,09)	1,15 (0,33-4,02)
7-12 м ²	1,59(0,51-4,49)		1,47 (0,46-4,66)	1,26 (0,38-4,15)	1,19 (0,35-4,02)
13-18 м ²	1,26(0,38-4,20)		1,15 (0,34-3,91)	0,99 (0,28-3,52)	0,97 (0,27-3,51)
19 м ² и больше	1		1	1	1
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Тип поселения					
Москва/ С.Петербург	1,35(0,83-2,19)		1,22 (0,72-2,06)	1,11 (0,63-1,97)	1,04 (0,58-1,86)
Др. город	1,64(1,19-2,24)*		1,42 (1,00-2,01)*	1,37 (0,95-1,98)	1,30 (0,90-1,89)
Село	1		1	1	1
<i>Значимость</i>	P<0,01		-	-	-

Частота употребление алкоголя матерью			
Не употребляет	1	1	1
1 раз в месяц	1,83(1,20-2,81)*	1,47 (0,92-2,35)	1,45 (0,91-2,34)
2-3 раза в месяц	1,86(1,30-2,68)*	1,40 (0,94-2,10)	1,34 (0,89-2,02)
4 раза в месяц и более	1,71(1,13-2,60)*	1,26 (0,79-2,01)	1,20 (0,74-1,92)
<i>Значимость</i>	P<0,001	-	-
Курение матери			
Не курит и никогда не курила	1	1	1
Курила, но бросила	1,39 (0,94-2,04)	1,25 (0,81-1,90)	1,25 (0,82-1,92)
Курит	1,86(1,32-2,62)*	1,82(1,22-2,71)*	1,81(1,21-2,70)*
<i>Значимость</i>	P<0,005	P<0,05	P<0,05
Депрессия у матери (да)	1,24 (0,88-1,76)	1,16 (0,79-1,71)	1,05 (0,71-1,56)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Занятость матери (да)	1,53(1,13-2,06)*	1,50(1,07-2,10)*	1,52(1,08-2,13)*
<i>Значимость</i>	P<0,005	P<0,05	P<0,05
Наличие хронических заболеваний у матери			
Нет	1		1
1	1,94(1,37-2,73)*		1,77(1,22-2,57)*
2 и больше	2,34(1,52-3,59)*		1,92(1,19-3,12)*
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,005

* уровень значимости $p \leq 0,05$

Модель 1: «чистое» влияние каждого фактора в отдельности с учетом пола и возраста.

Модель 2: пол + возраст + социально-демографические характеристики.

Модель 3: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания.

Модель 4: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери.

Модель 5: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + наличие хронических заболеваний у матери.

Таблица 4.8b.

**Риск хронических заболеваний для детей в возрасте 0-6 лет, РМЭЗ, 2004
(коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами)**

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5
Тип семьи					
Полная (биологические родители)	1	1	1	1	1
Полная (отчим/мачеха)	0,77 (0,38-1,57)	0,70 (0,26-1,88)	0,75 (0,27-2,06)	0,52 (0,17-1,60)	0,39 (0,12-1,23)
Неполная / Другие родственники	0,67 (0,44-1,01)	0,75 (0,42-1,35)	0,74 (0,40-1,38)	0,81 (0,42-1,57)	0,88 (0,44-1,75)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-
Размер домохозяйства					
Менее 6 человек	1	1	1	1	1
6 и более человек	0,42(0,20-0,88)*	0,38(0,18-0,82)*	0,29 (0,12-0,71)*	0,37 (0,15-0,90)*	0,41 (0,17-1,02)*
<i>Значимость</i>	P<0,05	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,05
Не хватает денег на мед.услуги (да)	1,65(1,07-2,54)*	1,79(1,15-2,78)*	1,79 (1,12-2,85)*	1,68 (1,03-2,73)*	1,44 (0,86-2,38)
<i>Значимость</i>	P<0,05	P<0,01	P<0,01	P<0,05	-
Тип жилья					
Собственное жилье	1		1	1	1
Аренда / общежитие	1,23(0,75-2,03)		0,99 (0,56-1,77)	0,88 (0,48-1,58)	0,93 (0,50-1,70)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Жилая площадь на человека					
6 м ² и меньше	2,56(0,32-20,31)		2,41 (0,29-19,84)	2,06 (0,24-16,97)	2,05 (0,23-18,06)
7-12 м ²	2,82(0,37-21,82)		2,85 (0,36-22,46)	2,58 (0,33-22,42)	2,49 (0,30-20,91)
13-18 м ²	1,57(0,18-13,53)		1,57(0,18-13,75)	1,48 (0,17-12,99)	1,48 (0,16-13,82)
19 м ² и больше	1		1	1	1
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Тип поселения					
Москва/ С.Петербург	1,57(0,82-2,99)		1,22 (0,60-2,49)	1,14 (0,54-2,44)	0,94 (0,42-2,07)
Др. город	1,20(0,77-1,88)		1,04 (0,63-1,70)	0,92 (0,55-1,52)	0,80 (0,47-1,35)
Село	1		1	1	1
<i>Значимость</i>	-		-	-	-

Частота употребления алкоголя			
матерью			
Не употребляет	1	1	1
1 раз в месяц	1,22 (0,67-2,27)	1,00 (0,51-1,94)	0,95 (0,47-1,88)
2-3 раза в месяц	1,58 (0,96-2,59)	1,09 (0,62-1,90)	0,97 (0,54-1,71)
4 раза в месяц и более	1,10 (0,60-2,03)	0,97 (0,50-1,89)	0,86 (0,43-1,71)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Курение матери			
Не курит и никогда не курила	1	1	1
Курила, но бросила	1,84(1,10-3,08)*	1,67 (0,96-2,94)	1,73 (0,99-3,09)*
Курит	1,52 (0,93-2,46)	1,38 (0,79-2,41)	1,39 (0,78-2,47)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Депрессия у матери (да)	1,71(1,08-2,70)*	1,54 (0,93-2,54)	1,20 (0,71-2,03)
<i>Значимость</i>	P<0,05		
Занятость матери (да)	1,12 (0,74-1,71)	1,11 (0,69-1,77)	1,13 (0,69-1,81)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Наличие хронических заболеваний у матери			
Нет	1		1
1	3,30(2,04-5,35)*		3,35 (1,99-5,64)*
2 и больше	4,71(2,75-8,08)*		4,25 (2,32-7,82)*
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,001

* уровень значимости $p \leq 0,05$

Модель 1: «чистое» влияние каждого фактора в отдельности с учетом пола и возраста.

Модель 2: пол + возраст + социально-демографические характеристики.

Модель 3: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания.

Модель 4: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери.

Модель 5: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + наличие хронических заболеваний у матери.

Таблица 4.9а.

Риск плохого здоровья для детей в возрасте 7-13 лет, РМЭЗ, 2004
(коэффициенты шансов OR с 95%-ми доверительными интервалами)

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5	Модель 6
Тип семьи						
Полная (биологические родители)	1	1	1	1	1	1
Полная (отчим/мачеха)	1,02 (0,69-1,49)	0,97 (0,66-1,42)	0,90 (0,59-1,36)	0,81 (0,52-1,24)	0,77 (0,49-1,21)	0,5 (0,47-1,18)
Неполная / Другие родственники	1,32 (0,98-1,79)	1,18 (0,87-1,61)	1,20 (0,87-1,68)	0,99 (0,68-1,44)	1,09 (0,74-1,61)	1,09 (0,73-1,61)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-	-
Размер домохозяйства						
Менее 6 человек	1	1	1	1	1	1
6 и более человек	0,41(0,28-0,61)*	0,40(0,27-0,60)*	0,39(0,25-0,62)*	0,39(0,23-0,63)*	0,40(0,24-0,67)*	0,41(0,24-0,70)*
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Не хватает денег на мед.услуги (да)	1,59(1,20-2,11)*	1,63(1,12-2,17)*	1,60(1,18-2,17)*	1,32 (0,95-1,85)	1,42(1,01-1,99)*	1,23 (0,86-1,75)
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,005	-	P<0,05	-
Тип жилья						
Собственное жилье	1		1	1	1	1
Аренда / общежитие	0,89 (0,60-1,31)		0,76 (0,48-1,18)	0,73 (0,46-1,16)	0,67 (0,42-1,09)	0,70 (0,43-1,14)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-	-
Жилая площадь на человека						
6 м ² и меньше	2,16(1,13-4,14)*		2,38(1,20-4,69)*	2,93(1,35-6,35)*	2,99(1,36-6,60)*	2,85(1,28-6,36)*
7-12 м ²	2,07(1,12-3,82)*		1,89 1,05-3,74)*	2,33(1,13-4,82)*	2,27(1,08-4,78)*	2,18(1,30-4,63)*
13-18 м ²	1,77(0,89-3,50)		1,60 (0,79-3,24)	2,01 (0,91-4,47)	1,85 (0,82-4,18)	1,69 (0,74-3,87)
19 м ² и больше	1		1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-		-	P<0,05	P<0,05	P<0,05

Тип поселения					
Москва/ С.Петербург	1,08 (0,70-1,69)	0,94 (0,59-1,50)	0,85 (0,50-1,42)	0,66 (0,38-1,13)	0,60 (0,34-1,05)
Др. город	2,09(1,58-2,75)*	1,83(1,35-2,74)*	1,59(1,15-2,20)*	1,35(0,96-1,90)	1,36 (0,96-1,92)
Село	1	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,005	P<0,01	P<0,05
Частота употребление алкоголя					
матерью					
Не употребляет	1		1	1	1
1 раз в месяц	2,30(1,58-3,36)*		1,98(1,31-3,01)*	1,87(1,22-2,87)*	1,77(1,14-2,73)*
2-3 раза в месяц	1,31(0,93-1,84)*		1,05(0,72-1,52)*	0,99 (0,68-1,45)	1,01 (0,69-1,50)
4 раза в месяц и более	1,58(1,10-2,27)*		1,16 (0,75-1,79)	1,09 (0,69-1,71)	1,06 (0,67-1,67)
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,01	P<0,05	P<0,05
Курение матери					
Не курит и никогда не курила	1		1	1	1
Курила, но бросила	1,70(1,13-2,57)*		1,50 (0,95-2,36)	1,41 (0,88-2,27)	1,34 (0,82-2,17)
Курит	1,19 (0,87-1,61)		0,98 (0,68-1,42)	0,94 (0,64-1,38)	0,99 (0,66-1,46)
<i>Значимость</i>	P<0,05		-	-	-
Депрессия у матери (да)	1,55 (1,14-2,11)*		1,41 (1,00-2,00)*	1,42 (1,00-2,04)*	1,23 (0,85-1,77)
<i>Значимость</i>	P<0,005		P<0,05	P<0,05	-
Занятость матери (да)	1,18 (0,89-1,55)		0,99 (0,72-1,37)	0,95 (0,68-1,33)	0,95 (0,68-1,34)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Как добирается до школы					
Пешком или на велосипеде	1			1	1
На машине, на транспорте	1,53 (1,06-2,22)*			1,81 (1,13-2,91)*	1,74 (1,08-2,81)*
<i>Значимость</i>	P<0,05			P<0,01	P<0,05
Время, затраченное на уроки					
Меньше 3 часов	1			1	1
3 часа и больше	1,80(1,22-2,66)*			2,00 (1,28-3,15)*	1,95 (1,24-3,09)*
<i>Значимость</i>	P<0,005			P<0,005	P<0,005

Время, затраченное на просмотр ТВ, видео и компьютерные игры			
Меньше 2 часов	1	1	1
2 часа и больше	1,33 (1,01-1,75)*	1,17 (0,84-1,62)	1,16 (0,83-1,61)
<i>Значимость</i>	P<0,05	-	-
Время, затраченное на дорогу в школу			
Меньше 15 мин	1	1	1
15-30 мин	0,83 (0,63-1,10)	0,76 (0,54-1,05)	0,81 (0,58-1,14)
30 мин – 1 час	0,74 (0,52-1,07)	0,61 (0,40-1,20)	0,70 (0,45-1,10)
Больше 1 часа	0,91 (0,41-2,04)	0,58 (0,22-1,52)	0,69 (0,26-1,83)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Физическая активность в свободное время (нет)	0,98 (0,76-1,26)	0,99 (0,73-1,35)	0,94 (0,69-1,29)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Наличие хронических заболеваний у матери			
Нет	1		1
1	1,70 (1,25-2,31)*		1,50 (1,06-2,13)*
2 и больше	3,91 (2,62-5,82)*		3,02 (1,91-4,76)*
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,001

* уровень значимости $p \leq 0,05$

Модель 1: «чистое» влияние каждого фактора в отдельности с учетом пола и возраста.

Модель 2: пол + возраст + социально-демографические характеристики.

Модель 3: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания.

Модель 4: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери.

Модель 5: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + школьные факторы.

Модель 6: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + школьные факторы + наличие хронических заболеваний у матери.

Таблица 4.9б.

Риск хронических заболеваний для детей в возрасте 7-13 лет, РМЭЗ, 2004
(коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами)

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5	Модель 6
Тип семьи						
Полная (биологические родители)	1	1	1	1	1	1
Полная (отчим/мачеха)	1,08 (0,70-1,67)	1,04 (0,67-1,61)	0,99 (0,62-1,58)	0,94 (0,58-1,52)	0,96 (0,59-1,57)	0,93 (0,56-1,54)
Неполная / Другие родственники	1,40(1,00-1,95)*	1,28 (0,91-1,80)	1,35 (0,94-1,93)	1,20 (0,79-1,82)	1,25 (0,81-1,93)	1,26 (0,81-1,96)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-	-
Размер домохозяйства						
Менее 6 человек	1	1	1	1	1	1
6 и более человек	0,45(0,28-0,73)*	0,46(0,28-0,74)*	0,53(0,30-0,91)*	0,48(0,26-0,87)*	0,53(0,28-0,97)*	0,58 (0,31-1,08)
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,005	P<0,001	P<0,05	P<0,05	-
Не хватает денег на мед.услуги (да)						
1,34 (0,97-1,84)	1,34 (0,97-1,84)	1,28 (0,91-1,80)	1,10 (0,76-1,58)	1,19 (0,81-1,73)	0,97 (0,65-1,43)	
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-	-
Тип жилья						
Собственное жилье	1		1	1	1	1
Аренда / общежитие	0,91 (0,58-1,44)		0,95(0,58-1,55)	0,87(0,52-1,46)	0,81(0,48-1,37)	0,85(0,49-1,46)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-	-
Жилая площадь на человека						
6 м ² и меньше	2,03(1,00-4,55)*		2,11(0,94-4,72)	2,18 (0,91-5,21)	2,18 (0,89-5,31)	2,04 (0,81-5,10)
7-12 м ²	1,86 (0,89-3,89)		1,74(0,81-3,73)	1,69 (0,74-3,85)	1,60 (0,69-3,70)	1,48 (0,62-3,52)
13-18 м ²	1,78 (0,70-4,02)		1,60(0,69-3,70)	1,57 (0,64-3,88)	1,45 (0,58-3,67)	1,28 (0,49-3,31)
19 м ² и больше	1		1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-		-	-	-	-

Тип поселения					
Москва/ С.Петербург	1,35 (0,79-2,35)	1,23 (0,71-2,13)	1,36 (0,75-2,47)	1,12 (0,59-2,10)	1,00 (0,52-1,91)
Др. город	2,67(1,90-3,74)*	2,25(1,57-3,21)*	2,06(1,40-3,04)*	1,82(1,22-2,71)*	1,86(1,23-2,80)*
Село	1	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,01	P<0,005
Частота употребление алкоголя					
матерью					
Не употребляет	1		1	1	1
1 раз в месяц	2,54(1,68-3,84)*		2,11(1,35-3,30)*	1,98(1,25-3,14)*	1,84(1,15-2,96)*
2-3 раза в месяц	1,64(1,10-2,43)*		1,27 (0,83-1,95)	1,22 (0,79-1,89)	1,30 (0,83-2,03)
4 раза в месяц и более	1,53(1,00-2,32)*		1,13 (0,69-1,86)	1,09 (0,66-1,81)	1,05 (0,62-1,76)
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,01	P<0,05	P<0,05
Курение матери					
Не курит и никогда не курила	1		1	1	1
Курила, но бросила	1,56(1,00-2,44)*		1,22 (0,75-1,98)	1,06 (0,63-1,77)	0,99 (0,58-1,69)
Курит	1,01 (0,71-1,44)		0,81 (0,54-1,24)	0,74 (0,48-1,14)	0,77 (0,49-1,21)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Депрессия у матери (да)	1,67(1,19-2,33)*		1,69(1,16-2,46)*	1,88(1,28-2,78)*	1,54(1,03-2,31)*
<i>Значимость</i>	P<0,005		P<0,01	P<0,001	P<0,05
Занятость матери (да)	1,38 (1,00-1,91)*		1,07 (0,73-1,54)	1,06 (0,72-1,56)	1,09 (0,73-1,62)
<i>Значимость</i>	P<0,05		-	-	-
Как добирается до школы					
Пешком или на велосипеде	1			1	1
На машине, на транспорте	1,43(1,01-2,17)*			1,67(0,99-2,83)*	1,59 (0,93-2,74)
<i>Значимость</i>	P<0,05			P<0,05	-
Время, затраченное на уроки					
Меньше 3 часов	1			1	1
3 часа и больше	1,35 (0,88-2,06)			1,26 (0,78-2,04)	1,22 (0,74-2,01)
<i>Значимость</i>	-			-	-

Время, затраченное на просмотр ТВ, видео и компьютерные игры			
Меньше 2 часов	1	1	1
2 часа и больше	1,39(1,02-1,89)*	1,17 (0,82-1,68)	1,18 (0,81-1,70)
<i>Значимость</i>	P<0,05	-	-
Время, затраченное на дорогу в школу			
Меньше 15 мин	1	1	1
15-30 мин	0,91 (0,66-1,25)	0,87 (0,61-1,25)	0,95 (0,65-1,38)
30 мин – 1 час	0,63 (0,41-1,30)	0,47 (0,28-1,03)	0,56 (0,33-1,08)
Больше 1 часа	0,58 (0,21-1,59)	0,42 (0,13-1,35)	0,54 (0,16-1,80)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Физическая активность в свободное время (нет)	1,08 (0,81-1,44)	1,07 (0,76-1,51)	1,00 (0,70-1,42)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Наличие хронических заболеваний у матери			
Нет	1		1
1	2,38(1,68-3,38)*		2,24(1,52-3,31)*
2 и больше	4,54(3,02-6,82)*		3,93(2,47-6,27)*
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,001

* уровень значимости $p \leq 0,05$

Модель 1: «чистое» влияние каждого фактора в отдельности с учетом пола и возраста.

Модель 2: пол + возраст + социально-демографические характеристики.

Модель 3: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания.

Модель 4: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери.

Модель 5: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + школьные факторы.

Модель 6: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + школьные факторы + наличие хронических заболеваний у матери.

Таблица 4.10а.

**Риск плохого здоровья для мальчиков в возрасте 14-17 лет, РМЭЗ, 2004
(коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами)**

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5	Модель 6
Тип семьи						
Полная (биологические родители)	1	1	1	1	1	1
Полная (отчим/мачеха)	0,66 (0,33-1,30)	0,66 (0,33-1,31)	0,68 (0,33-1,37)	0,65 (0,31-1,36)	0,55 (0,25-1,22)	0,58 (0,26-1,29)
Неполная / Другие родственники	0,88 (0,57-1,37)	0,85 (0,54-1,34)	0,88 (0,55-1,42)	0,92 (0,52-1,61)	0,74 (0,40-1,37)	0,76 (0,41-1,43)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-	-
Размер домохозяйства						
Менее 6 человек	1	1	1	1	1	1
6 и более человек	0,99 (0,52-1,87)	0,95 (0,50-1,81)	1,06 (0,53-1,10)	1,15 (0,54-2,45)	0,87 (0,37-2,07)	0,94 (0,39-2,24)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-	-
Не хватает денег на мед.услуги (да)	1,20 (0,77-1,87)	1,21 (0,77-1,90)	1,15 (0,72-1,85)	1,37 (0,81-2,30)	1,53 (0,87-2,69)	1,38 (0,77-2,46)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-	-
Тип жилья						
Собственное жилье	1		1	1	1	1
Аренда / общежитие	1,26 (0,67-2,36)		1,11 (0,55-2,26)	1,13 (0,54-2,38)	0,89 (0,40-2,05)	0,83 (0,36-1,94)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-	-
Жилая площадь на человека						
6 м ² и меньше	0,75 (0,44-1,30)		2,11 (0,67-6,63)	3,01(0,81-11,23)	2,32(0,53-10,16)	2,41 0,55-10,60)
7-12 м ²	0,61 (0,30-1,24)		1,47 (0,50-4,33)	1,86 (0,54-6,34)	1,69 (0,43-6,72)	1,67 (0,42-6,62)
13-18 м ²	0,51 (0,16-1,57)		1,25 (0,39-3,96)	1,62 (0,43-6,08)	1,54 (0,35-6,72)	1,51 (0,35-6,62)
19 м ² и больше	1		1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-		-	-	-	-

Тип поселения					
Москва/ С.Петербург	0,79 (0,42-1,48)	0,82 (0,43-1,56)	1,08 (0,53-2,19)	1,71 (0,78-3,74)	1,63 (0,74-3,57)
Др. город	1,03 (0,67-1,57)	1,14 (0,71-1,82)	1,20 (0,71-2,03)	1,46 (0,81-2,63)	1,44 (0,80-2,61)
Село	1	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-
Частота употребление алкоголя матерью					
Не употребляет	1		1	1	1
1 раз в месяц	1,19 (0,64-2,05)		0,91 (0,49-1,71)	0,79 (0,40-1,57)	0,74 (0,37-1,50)
2-3 раза в месяц	1,12 (0,66-1,90)		1,06 (0,60-1,86)	0,85 (0,45-1,59)	0,83 (0,44-1,58)
4 раза в месяц и более	0,67 (0,33-1,36)		0,52 (0,24-1,13)	0,32 (0,13-1,13)	0,31 (0,13-1,12)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Курение матери					
Не курит и никогда не курила	1		1	1	1
Курила, но бросила	0,62 (0,25-1,52)		0,62 (0,24-1,59)	0,46 (0,15-1,39)	0,46 (0,15-1,36)
Курит	0,83 (0,49-1,42)		0,77 (0,42-1,40)	0,64 (0,33-1,23)	0,69 (0,36-1,34)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Депрессия у матери (да)	1,64(1,03-2,63)*		1,66(0,99-2,82)*	2,12(1,18-3,81)*	1,85(1,01-3,35)*
<i>Значимость</i>	P<0,05		P<0,05	P<0,01	P<0,05
Занятость матери (да)	1,51 (0,95-2,40)		1,67(1,00-2,78)*	1,75(0,99-3,09)*	1,71(0,99-3,06)*
<i>Значимость</i>	-		P<0,05	P<0,05	P<0,05
Физическая активность в свободное время (нет)	2,06(1,34-3,16)*			2,31(1,35-3,96)*	2,43(1,41-4,19)*
<i>Значимость</i>	P<0,001			P<0,005	P<0,001
Курение					
Не курит и не курил	1			1	1
Курил, но бросил	1,92(1,21-3,05)*			3,25(1,47-7,20)*	3,19(1,41-7,21)*
Курит	1,83(1,20-2,78)*			2,39(1,20-4,77)*	2,20(1,09-4,43)*
<i>Значимость</i>	P<0,005			P<0,005	P<0,05

Потребление алкоголя (да)	1,41 (0,88-2,24)	1,07 (0,56-2,04)	1,06 (0,55-2,03)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Самооценка			
Высокая	1	1	1
Низкая	1,81(1,16-2,82)*	1,75(0,99-3,14)*	1,76(0,99-3,16)*
<i>Значимость</i>	P<0,01	P<0,05	P<0,05
Наличие хронических заболеваний у матери			
Нет	1		1
1	1,23 (0,74-2,05)		1,18 (0,63-2,20)
2 и больше	2,24(1,33-3,78)*		2,28(1,22-4,24)*
<i>Значимость</i>	P<0,01		P<0,05

* уровень значимости $p \leq 0,05$

Модель 1: «чистое» влияние каждого фактора в отдельности с учетом возраста.

Модель 2: пол + возраст + социально-демографические характеристики.

Модель 3: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания.

Модель 4: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери.

Модель 5: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + поведенческие характеристики ребенка.

Модель 6: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + поведенческие характеристики ребенка + наличие хронических заболеваний у матери.

Таблица 4.10б.

**Риск плохого здоровья для девочек в возрасте 14-17 лет, РМЭЗ, 2004
(коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами)**

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5	Модель 6
Тип семьи						
Полная (биологические родители)	1	1	1	1	1	1
Полная (отчим/мачеха)	1,48 (0,77-2,84)	1,79 (0,90-3,55)	1,62 (0,76-3,42)	1,37 (0,60-3,12)	1,06 (0,45-2,53)	1,07 (0,44-2,60)
Неполная / Другие родственники	1,20 (0,77-1,87)	1,08 (0,69-1,70)	1,17 (0,73-1,87)	1,00 (0,57-1,76)	0,96 (0,54-1,71)	0,86 (0,47-1,57)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-	-	-
Размер домохозяйства						
Менее 6 человек	1	1	1	1	1	1
6 и более человек	0,28(0,13-0,60)*	0,26(0,12-0,57)*	0,23(0,10-0,54)*	0,17(0,06-0,49)*	0,19(0,06-0,54)*	0,18(0,06-0,54)*
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,005	P<0,005
Не хватает денег на мед.услуги (да)	1,56(1,00-2,43)*	1,63(1,03-2,58)*	1,65(1,02-2,67)*	1,68(0,99-2,88)*	1,75(1,01-3,05)*	1,54 (0,86-2,71)
<i>Значимость</i>	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	-
Тип жилья						
Собственное жилье	1		1	1	1	1
Аренда / общежитие	1,06 (0,54-2,08)		1,14 (0,54-2,39)	0,77 (0,33-1,77)	0,74 (0,31-1,74)	0,80 (0,33-1,92)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-	-
Жилая площадь на человека						
6 м ² и меньше	1,02 (0,55-1,89)		1,02 (0,39-2,70)	0,73 (0,24-2,19)	0,73 (0,24-2,24)	0,73 (0,23-2,27)
7-12 м ²	1,11 (0,55-2,25)		1,10 (0,49-2,47)	0,75 (0,29-1,94)	0,76 (0,29-1,99)	0,68 (0,25-1,82)
13-18 м ²	1,10 (0,44-2,75)		1,17 (0,48-2,81)	0,93 (0,33-2,59)	0,96 (0,34-2,74)	0,84 (0,29-2,44)
19 м ² и больше	1		1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-		-	-	-	-

Тип поселения					
Москва/ С.Петербург	0,86 (0,44-1,68)	0,85 (0,42-1,71)	0,68 (0,31-1,53)	0,67 (0,29-1,56)	0,67 (0,29-1,56)
Др. город	1,63(1,05-2,53)*	1,54 (0,96-2,46)	1,27 (0,74-2,19)	1,26 (0,73-2,18)	1,26 (0,73-2,18)
Село	1	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	P<0,05	-	-	-	-
Частота употребление алкоголя матерью					
Не употребляет	1		1	1	1
1 раз в месяц	1,91(1,07-3,41)*		1,86 (0,97-3,57)	1,73 (0,88-3,41)	1,73 (0,88-3,41)
2-3 раза в месяц	1,68 (0,97-2,92)		1,27 (0,69-2,32)	1,33 (0,71-2,48)	1,33 (0,71-2,48)
4 раза в месяц и более	3,55(1,80-6,98)*		2,09(0,99-4,46)*	2,22(1,01-4,87)*	2,22(1,01-4,87)*
<i>Значимость</i>	P<0,005		-	-	-
Курение матери					
Не курит и никогда не курила	1		1	1	1
Курила, но бросила	1,18 (0,59-2,36)		1,14 (0,54-2,41)	1,07 (0,49-2,35)	1,07 (0,49-2,35)
Курит	1,91(1,11-3,28)*		1,78 (0,91-3,49)	1,59 (0,77-3,26)	1,59 (0,77-3,26)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Депрессия у матери (да)	1,44 (0,88-2,36)		1,37 (0,78-2,39)	1,31 (0,74-2,31)	1,31 (0,74-2,31)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Занятость матери (да)	1,36 (0,83-2,21)		0,99 (0,55-1,78)	0,92 (0,50-1,71)	0,92 (0,50-1,71)
<i>Значимость</i>	-		-	-	-
Физическая активность в свободное время (нет)	1,38 (0,89-2,14)			1,32 (0,77-2,26)	1,32 (0,77-2,26)
<i>Значимость</i>	-			-	-
Курение					
Не курит и не курил	1			1	1
Курил, но бросил	1,73 (0,87-3,42)			1,73 (0,71-4,24)	1,73 (0,71-4,24)
Курит	1,01 (0,42-2,43)			0,81 (0,25-2,63)	0,81 (0,25-2,63)
<i>Значимость</i>	-			-	-

Потребление алкоголя (да)	1,40 (0,86-2,30)	0,94 (0,51-1,76)	0,94 (0,51-1,76)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Самооценка			
Высокая	1	1	1
Низкая	1,18 (0,75-1,86)	1,13 (0,65-1,97)	1,13 (0,65-1,97)
<i>Значимость</i>	-	-	-
Наличие хронических заболеваний у матери			
Нет	1		1
1	1,36 (0,82-2,26)		1,16 (0,64-2,09)
2 и больше	2,62(1,54-4,45)*		2,39(1,27-4,48)*
<i>Значимость</i>	P<0,05		P<0,05

* уровень значимости $p \leq 0,05$

Модель 1: «чистое» влияние каждого фактора в отдельности с учетом возраста.

Модель 2: пол + возраст + социально-демографические характеристики.

Модель 3: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания.

Модель 4: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери.

Модель 5: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + поведенческие характеристики ребенка.

Модель 6: пол + возраст + социально-демографические характеристики + условия проживания + характеристики матери + поведенческие характеристики ребенка + наличие хронических заболеваний у матери.

4.2. Психические расстройства

Внимание к проблемам здоровья традиционно фокусируется на аспектах физического здоровья, несмотря на ясные признаки того, что число отклонений в здоровье психосоциального и психического характера возрастает. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) до 20% детей и подростков во всем мире имеют нарушения психического здоровья, приводящие их к инвалидности.

Депрессии – наиболее распространенные и отличающиеся тяжестью последствий среди них. Согласно данным ВОЗ, примерно 4-5% населения земного шара страдает этими расстройствами, при этом риск заболеть депрессией в течение жизни достигает 20%. Этот недуг является четвертой по значению причиной потери трудоспособности (вслед за инфекционными, сердечнососудистыми и респираторными заболеваниями), и, как ожидается, к 2020 г. займет второе место среди болезней в мире (после сердечнососудистых). А в более развитых регионах мира выйдет на первое место [169].

Депрессия может поражать людей в различные периоды жизни. Все больше исследований подтверждают наличие депрессивных состояний в детском возрасте. По данным зарубежных ученых этим недугом страдают от 2 до 9% детей и подростков [170,171,172]. Согласно данным Российского мониторинга экономики и здоровья (РМЭЗ) психические расстройства (нервные расстройства и депрессии) в течение последних 12 месяцев, предшествующих опросу, в 2004 г. наблюдались у 6% российских детей 0-17 лет (табл.4.12). Причем распространенность депрессии увеличивается с возрастом, особенно к подростковому периоду. Так, в группе 14-17-летних 11% сообщили о симптомах психических расстройств.

Таблица 4.12.

Распространенность нервных расстройств и депрессий в зависимости от пола и возраста, РМЭЗ, 2004 г.

	Возрастные группы					Итого
	0-3	3-6	7-10	11-13	14-17	
Мальчики	1,5	3,9	5,9	5,1	7,9	5,3
Девочки	1,1	3,2	4,0	7,8	14,3	6,9
Все дети	1,3	3,6	4,9	6,4	10,9	6,1

Депрессия в основе своей является эпизодическим повторяющимся нарушением. При этом каждый эпизод этого заболевания может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет. Примерно в 20% всех случаев депрессия становится хроническим заболеванием без ремиссии, особенно,

когда не предоставляется соответствующего лечения. Показатель рецидивов у подростков в случае тех, кто выздоравливает после первого эпизода, составляет приблизительно от 20% до 40% в течение первых 2 лет и около 70% в зрелом возрасте [173,174,175,176]. Депрессия оказывает негативное воздействие на рост и развитие подростка, школьную успеваемость, взаимоотношения со сверстниками и в семье. Возрастающими проблемами, также связанными с депрессией, являются насилие, наркомания и поведенческие расстройства. Один из самых трагических исходов депрессивного состояния – самоубийства, проблема которых является очень актуальной в России. Суицидальные действия служат «барометром тяжести» подростковых депрессий [177]. Приблизительно 15-20% больных, страдающих этим недугом, кончают жизнь самоубийством [178]. Истинное суицидальное поведение в подростковом возрасте без отчетливых психотических расстройств встречается, по мнению исследователей [179], очень редко: на его долю приходится не более 10% попыток. Кроме того, биологические механизмы депрессии и тревоги вызывают различные соматические нарушения, которые иногда могут способствовать развитию даже такой тяжелой патологии, как онкологическая [180,181]. Не случайно существует высказывание: «Рак – болезнь печали».

Согласно данным РМЭЗ, если в детстве различия по признаку пола в распространенности депрессии практически не наблюдаются, то среди подростков депрессия чаще встречается у девочек (14% против 8%) (табл.4.12). Одна из причин, которая может объяснить большую распространенность депрессии среди девочек, заключается в том, что они более социально ориентированы, больше зависят от положительных социальных отношений и более чувствительны к потерям этих отношений [182]. Это увеличивает уязвимость девочек-подростков к межличностным стрессам, которые являются обычными в подростковом возрасте. Также в качестве причины гендерных различий в распространенности депрессий указываются изменения настроения, связанные с циклическими гормональными изменениями у девочек. Другой причиной является распространенность актов полового и бытового насилия, которому могут подвергаться подростки женского пола. Согласно обзору исследований ВОЗ, распространенность актов бытового насилия на протяжении всей жизни женщины составляет от 16 до 50% [183].

Статистический анализ, проведенный с помощью метода логистической регрессии отдельно для мальчиков и девочек подросткового возраста, позволил выявить факторы, которые определяют распространенность психических расстройств среди них (табл.4.13 и табл.4.14).

Таблица 4.13.

Риск возникновения психических расстройств среди мальчиков 14-17 лет, РМЭЗ, 2004 г. (коэффициенты шансов OR с 95%-ми доверительными интервалами)

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Тип семьи				
Полная	1	1	1	1
Неполная /другие родственники	2,21(1,10-4,44)*	1,92(0,93-3,99)	1,70(0,71-4,08)	1,31(0,52-3,30)
<i>Значимость</i>	P<0,05	-	-	-
Не хватает денег на оплату мед. услуг (да)	2,29(1,13-4,66)*	2,23(1,10-4,85)*	3,08(1,33-7,13)*	3,69(1,53-8,92)*
<i>Значимость</i>	P<0,05	P<0,05	P<0,01	P<0,005
Жилищные условия (общ. площадь на чел.)				
10 м ² или менее	2,76(1,33-5,73)*	2,78(1,32-5,85)*	2,64(1,07-6,50)*	2,15(0,83-5,60)
Более 10 м ²	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	P<0,01	P<0,01	P<0,05	-
Депрессия у матери (да)	2,73(1,26-5,93)*		2,57(1,10-6,01)*	3,53(1,40-8,90)*
<i>Значимость</i>	P<0,01		P<0,05	P<0,01
Курение матери				
Не курит и не курила	1		1	1
Курила, но бросила	3,40(1,15-10,05)*		3,40(1,05-11,00)*	3,24(0,93-11,35)
Курит	0,99(0,35-2,76)		0,59(0,18-1,86)	0,42(0,12-1,48)
<i>Значимость</i>	-		P<0,05	P<0,05
Потребление алкоголя матерью				
Не употребляет	1		1	1
1 раз в месяц	1,70(0,59-4,89)		1,77(0,58-5,44)	1,70(0,51-5,59)
2-3 раза в месяц	1,30(0,45-3,73)		1,28(0,41-4,00)	1,22(0,37-4,02)
4 раза в месяц и более	2,47(0,99-7,22)*		3,15(0,96-10,30)	4,32(1,13-16,53)*
<i>Значимость</i>	-		-	-
Курение подростка (да)	2,15(1,00-4,62)*			3,34 (1,15-9,73)*
<i>Значимость</i>	P<0,05			P<0,05
Потребление алкоголя подростком (да)	1,20(0,53-2,63)			0,44(0,14-1,40)
<i>Значимость</i>	-			-
Физическая активность подростка (нет)	2,30(1,14-4,65)*			2,31(0,94-5,67)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-
Самооценка подростка (низкая)	2,03(0,99-4,17)*			1,34(0,53-3,42)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-

Таблица 4.14.

Риск возникновения психических расстройств среди девочек 14-17 лет, РМЭЗ, 2004 г. (коэффициенты шансов OR с 95%-ми доверительными интервалами)

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Тип семьи				
Полная	1	1	1	1
Неполная /другие родственники	2,04(1,15-3,62)*	1,92(1,06-3,47)*	1,48(0,70-3,13)	1,58(0,72-3,48)
<i>Значимость</i>	P<0,05	P<0,05	-	-
Не хватает денег на оплату мед. услуг (да)	3,14(1,76-5,60)*	3,11(1,72-5,62)*	2,33(1,15-4,70)*	2,70(1,26-5,82)*
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,01
Жилищные условия (общ. площадь на чел.)				
10 м ² или менее	1,30(0,66-2,57)	1,17(0,56-2,39)	1,06(0,46-2,44)	1,20(0,50-2,85)
Более 10 м ²	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-	-	-	-
Депрессия у матери (да)	4,88(2,55-9,35)*		4,41(2,15-9,00)*	4,88(2,27-10,48)*
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,001	P<0,001
Курение матери				
Не курит и не курила	1		1	1
Курила, но бросила	3,18(1,37-7,41)*		3,23(1,27-8,25)*	3,61(1,33-9,83)*
Курит	1,63(0,75-3,54)		1,47(0,62-3,49)	1,83(0,73-4,60)
<i>Значимость</i>	P<0,05		P<0,05	P<0,05
Потребление алкоголя матерью				
Не употребляет	1		1	1
1 раз в месяц	2,90(1,20-6,99)*		2,11(0,80-5,52)	2,05(0,75-5,63)
2-3 раза в месяц	2,64(1,12-6,23)*		1,96(0,77-4,99)	1,76(0,66-4,73)
4 раза в месяц и более	3,74(1,46-9,54)*		2,16(0,74-6,25)	1,81(0,57-5,72)
<i>Значимость</i>	P<0,05		-	-
Курение подростка (да)	0,83(0,23-2,95)			0,18(0,02-1,68)
<i>Значимость</i>	-			-
Потребление алкоголя подростком (да)	1,86(0,99-3,50)*			1,37(0,58-3,23)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-
Физическая активность подростка (нет)	1,81(1,00-3,27)*			1,48(0,68-3,24)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-
Самооценка подростка (низкая)	1,45(0,80-2,66)			2,62(1,21-5,65)*
<i>Значимость</i>	-			P<0,01

* уровень значимости $p \leq 0,05$

Модель 1: каждый фактор в отдельности + возраст;

Модель 2: возраст + социально-демографический тип семьи + материальное положение + жилищные условия;

Модель 3: возраст + социально-демографический тип семьи + материальное положение + жилищные условия + депрессия матери + курение матери + частота употребления алкоголя матерью;

Модель 4: возраст + социально-демографический тип семьи + материальное положение + жилищные условия + депрессия матери + курение матери + частота употребления алкоголя матерью + курение подростка + потребление алкоголя подростком + физическая активность подростка + самооценка подростка.

Выявлен значительный риск развития депрессий у детей, чьи матери страдают этим недугом. Зарубежные исследования также свидетельствуют о том, что 20%-50% детей и подростков, подверженных депрессии, имеют, так называемую, «семейную историю» этого заболевания [184,185,186,187]. Ученые утверждают, что риск возникновения депрессии для ребенка еще более повышается в том случае, когда оба родителя подвержены расстройствам настроения [188,100]. Дети депрессивных родителей также чаще страдают другими психическими и соматическими расстройствами [98].

Не совсем понятно, происходит ли распространение депрессии среди членов семьи под воздействием генетических факторов, или же психосоциальных причин: в семьях, в которых родители находятся в депрессии, создаются такие условия, под воздействием которых увеличивается вероятность психических расстройств у детей. Например, родители в состоянии депрессии не способны заниматься полноценным воспитанием своих детей. Матери, страдающие этим недугом, раздражительны, настроены более критично к ребенку, менее последовательны в вопросах дисциплины, меньше принимают участия в делах ребенка, недостаточно общаются с ним, у них отсутствует привязанность к нему [189]. Если один из родителей страдает депрессией, то в доме может сложиться атмосфера повышенной конфликтности, семейных раздоров и стресса [190,191]. Однако трудно установить, является ли депрессия у подростков результатом семейных проблем, или же семейные проблемы вызваны болезненными состояниями ребенка, например, депрессией: неблагоприятная семейная обстановка может привести к депрессии, но и депрессия может вызвать негативное, критическое отношение семьи к подростку и быть причиной страданий родителей и других домочадцев.

Как выяснилось, депрессия подростков может быть следствием курения матери. Наблюдается более чем 3-х кратный риск развития психических расстройств у тех детей, матери которых ранее курили, но

бросили к моменту обследования. Результаты зарубежных исследований указывают, что к последующей депрессии может приводить внутриутробное воздействие никотина на детей курящих матерей [192]. Никотин, монооксид углерода и другие токсичные компоненты табачного дыма легко проникают в плаценту, оказывая прямое воздействие на поступление кислорода к плоду, а также на структуру и функционирование пуповины и плаценты. Если дети курящих матерей в детском или подростковом возрасте обращаются к курению, это может маскировать их биологическую предрасположенность к депрессии. Первая же попытка отказа от курения приводит к проявлению симптомов депрессии [193].

Исследование позволило выявить существенный риск развития психических расстройств у подростков, живущих в семьях, которым приходится отказываться от медицинских услуг по причине недостаточности материальных средств. Как показывают многие зарубежные исследования, бедность, низкий социально-экономический статус – важный фактор риска развития депрессии и других психических расстройств и у взрослых, и у детей [194,195]. Негативное воздействие бедности было более заметно для девочек, по сравнению с мальчиками [196]. Можно выделить несколько механизмов, приводящих к депрессии, вызванной бедностью: связь между материальным неблагополучием и психическими расстройствами может быть опосредована другими стрессовыми факторами, которые условно можно разделить на внешние и внутренние. К первым, например, относится качество родительского воспитания (известно, что в семьях с низким социально-экономическим статусом дети с наибольшей вероятностью подвергаются жестокому обращению [197,198], родители могут страдать расстройствами поведения, злоупотреблять алкоголем), доступ к качественной медицинской помощи, питанию, адекватному жилищу. К внутренним факторам можно отнести самооценку, поведение с риском для здоровья (потребление психоактивных веществ (ПАВ)), некоммуникабельность.

Проведенное исследование выявило тесную связь между психическими расстройствами у мальчиков-подростков и табакокурением, что подтверждает ранее полученные другими исследователями результаты [199,200]. Взаимосвязь между потреблением табака и психическими расстройствами носит сложный характер. Традиционно считалось, что люди в состоянии депрессии склонны к тому, чтобы курить больше. Потребление никотина посредством курения служит попыткой индивида самолечения своего негативного эмоционального состояния [201], т.к., фактически, никотин является эффективным антидепрессантом. Однако новые данные указывают на то, что здесь наблюдается обратная связь.

Исследования свидетельствуют о том, что подростки, страдающие депрессией, раньше курили еще больше – т.е. курение привело к возникновению депрессии в этой возрастной группе [202]. Причины широкого распространения курения среди лиц, страдающих психическими расстройствами, могут быть объяснены нейрохимическим механизмом [203]: никотин является высоко активным химическим веществом, которое оказывает разнообразное воздействие на мозг (приводит к увеличению дофамина в части мозга, которая тесно связана с психическими расстройствами). Некоторые исследования заставляют предполагать наличие сложной двунаправленной связи между депрессией и курением: было обнаружено [204], что наличие депрессии в начале периода наблюдения повышало риск развития ежедневного курения, а ежедневное курение в начале повышало вероятность депрессии к моменту завершения периода наблюдения. Таким образом, несмотря на то, что вопрос о причинно-следственных связях остается открытым, установленным следует считать тот факт, что дети и взрослые, страдающие психическими расстройствами, подвергают свое здоровье еще большей опасности, продолжая много курить.

Согласно еще одной гипотезе, предложенной исследователями, существуют факторы, которые увеличивают склонность среди взрослых [205] и подростков [206] одновременно и к депрессии, и к курению, такие как, например, низкая самооценка [207]. Проведенное исследование, скорее, подтвердило эту гипотезу для мальчиков-подростков. Низкая самооценка связана с возникновением психических расстройств у них в Модели 1: те, кто согласен с утверждением, что им особенно нечем гордиться, имеют 2-кратный риск развития депрессии по сравнению с подростками, оптимистически оценивающими самих себя. Непонятно, определяет ли низкая самооценка подверженность депрессии (и представляет постоянный стиль мышления как часть индивидуальности человека), является ли проявлением депрессии (появляется только, когда человек находится в состоянии депрессии), и/или является следствием предыдущего, возможно, оставшегося незамеченным, эпизода депрессии. Установлено, что дети и подростки, которые ранее перенесли этот недуг, могут во время болезни научиться пессимистически интерпретировать события. И после выздоровления могут быть склонны негативно оценивать свои способности и жизненные ситуации, что может быть одной из причин того, что подростки, ранее перенесшие эпизоды депрессии, имеют повышенный риск повторения этого расстройства [208]. Негативная оценка своих способностей, низкое чувство собственного достоинства, чувство вины за негативные события могут привести к появлению ощущения безвыходности, которое, как было неоднократно

показано, тесно связано с суицидальным поведением [209]. Доказано, что пессимистический способ мышления не встречается у детей до 5 лет, что может объяснить тот факт, что депрессия и суициды редко наблюдаются в раннем детстве [210,211]. При одновременном учете всех факторов (Модель 4) влияние низкой самооценки на возникновение депрессий среди мальчиков-подростков уменьшилось и стало незначимым, что объясняется статистически, т.к., как уже было сказано выше, низкая самооценка тесно связана с курением. Для девочек-подростков первоначально (Модель 1) низкая самооценка не оказывала влияние на психическое здоровье. Но при учете всех факторов (Модель 4) влияние самооценки увеличилось и стало статистически значимым. Установлено, что низкая самооценка у девочек обусловлена злоупотреблением алкоголем матерью; и действуя вместе, эти два фактора более чем в 2 раза увеличивают риск психических расстройств у девочек.

Сыновья злоупотребляющих алкоголем матерей также подвержены риску психических расстройств. Согласно зарубежным исследованиям, этот риск сохраняется и во взрослой жизни [212]. Он может быть обусловлен как внутриутробным действием алкоголя, так и влиянием неблагоприятной атмосферы в семьях алкоголиков и пьяниц. Взаимоотношения в таких семьях лишены искренности, внимания, заботы и тепла. Основные средства воспитания у пьющих родителей, как правило,— окрик или физическая расправа. Безразличие родителей к своим детям, постоянные скандалы в семье, безнадзорность подростков, педагогическое бессилие семьи, неумение и нежелание родителей заниматься детьми — все это калечит психику молодых людей.

Установлено, что физическая активность — это мощное средство улучшения не только физического, но и психического здоровья: подростки, которые занимаются физическими упражнениями в свободное от учебы время, практически в 2 раза реже страдают депрессиями и нервными расстройствами по сравнению со сверстниками, которые не занимаются спортом (Модель 1). Существует несколько теорий, объясняющих этот феномен. С одной стороны, занятия физическими упражнениями помогают формированию позитивной самооценки [213], развитию чувства уверенности в себе [214]. С другой, физически активный образ жизни дает возможность общаться с другими людьми, и тем самым ослабляет чувство изоляции. Положительное воздействие физической активности также может объясняться биологическими механизмами. Ученые обнаружили, что физическая активность высвобождает в мозге химические вещества, называемые эндорфинами. Они действуют подобно морфину: ослабляют болевые ощущения и поднимают настроение. Кроме того, физическая активность улучшает

действие и метаболизм медиаторов, таких, как серотонин, который крайне важен для того, чтобы регулировать настроение [215]. При учете в модели всех факторов связь между физической активностью и депрессией стала незначимой (Модель 4), что объясняется статистически: нездоровый образ жизни имеет обыкновение аккумулироваться – отсутствие физической активности связано с другими видами нездорового поведения (курение и злоупотребление алкоголем).

Согласно полученным результатам симптомы депрессии у девочек имеют связь с употреблением алкоголя (Модель 1). Несколько зарубежных исследований также подтвердили наличие такой связи для подростков [216]. Однако не совсем понятно, что является причиной, а что – следствием. Некоторые ученые полагают, что депрессия провоцирует злоупотребление алкогольными напитками, что может быть частично объяснено попыткой индивида самолечения депрессивных симптомов с помощью алкоголя [217]. Другие исследователи считают потребление алкоголя (особенно долгосрочное) виновником возникновения депрессии [218]. Третьи указывают на существование других факторов (факторы окружающей среды [219] и/или генетические [220]), которые существенно увеличивают уязвимость к обоим типам расстройства. Среди них можно выделить потребление алкоголя родителями, низкий уровень родительского мониторинга, психоэмоциональные расстройства родителей и т.п.

Установлено, что неблагоприятные жилищные условия (высокая плотность заселения) являются фактором риска развития депрессий у подростков-мальчиков (Модель 1-3). Зарубежные исследования также подтверждают влияние перенаселенности на психическое здоровье: возникновение депрессии, других психических расстройств, и даже смертность по причине несчастных случаев и насилия (включая самоубийства) [221]. Дети в особенности подвержены воздействию скученности, которое может быть обусловлено неблагоприятными материально-бытовыми условиями, невозможностью владения личными вещами (например, постелью), социальной изоляцией (когда ребенок не может пригласить в гости друзей) и т.п. Негативные эффекты перенаселенности на психическое здоровье детей могут быть усилены эмоциональной неадекватностью родителей, их злоупотреблением психоактивными веществами. При одновременном учете всех факторов коэффициенты шансов, характеризующие связь между жилищными условиями и подростковой депрессией, уменьшились и стали незначимыми. Выяснилось, что влияние высокой плотности заселения жилища на возникновение депрессии у мальчиков опосредовано их курением: те из них, которые проживают в неблагоприятных условиях, с

большой вероятностью курят (что, возможно объясняется стрессами, связанными с проживанием в стесненных обстоятельствах), что, в свою очередь, провоцирует возникновение депрессий и нервных расстройств.

Дети, растущие в неполных семьях, подвержены большему риску психических заболеваний. Исследование, проводившееся в течение восьми лет и охватившее миллион детей и подростков Швеции, также указывает на серьезные долгосрочные последствия для тех, кто живет только с одним родителем [54]: дети из неполных семей в два раза чаще страдали психическими заболеваниями, совершали попытки суицида, имели проблемы алкогольного характера. Такая связь между типом семьи и возникновением психических расстройств у детей может быть опосредована другими семейными, экономическими и социальными обстоятельствами. Депрессия, например, может являться результатом стресса, перенесенного ребенком из-за пережитого развода или смерти одного из родителей. Или же может быть обусловлена тем, что в неполных семьях материальных ресурсов и времени ребенку уделяется меньше по сравнению с полными семьями, что негативно отражается на качестве отношений родитель-ребенок, приводит к тому, что дети в таких семьях чувствуют себя одинокими, брошенными, что в итоге может провоцировать развитие психических расстройств у них.

Проведенное исследование частично подтверждает материальную гипотезу для мальчиков: при введении в модель переменных, характеризующих социально-экономическое положение семьи, происходит некоторое уменьшение значения коэффициентов шансов (OR) и значимости типа семьи (Модель 2). Более важным представляется механизм, через который тип семьи связан с плохим материальным положением, что оказывает влияние на психопатологию (возникновение депрессий, потребление алкоголя) у женщин, что, в свою очередь, негативно отражается на психическом здоровье детей (Модель 3).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что ключевым элементом охраны психического здоровья детей и подростков должна стать профилактика. При этом профилактические мероприятия должны быть нацелены не только на детей, но и их родителей, общество в целом. Получено достаточно данных, указывающих на эффективность таких макрополитических мер, которые направлены на уменьшение экономической нестабильности, улучшение качества жилья, сокращение потребления психоактивных веществ, содействие физической активности в обществе.

