
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ СБЕРЕЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

В этой главе будут рассмотрены практические меры, направленные на сбережение здоровья детей, эффективность которых неоднократно доказана. Многие из них выходят за рамки системы здравоохранения. Важно понимать, что здоровье ребенка зависит не только от медицинской помощи. Хотя она и может улучшить здоровье, продлить жизнь, более важными для здоровья детей и всего населения в целом являются социально-экономические условия, под влиянием которых люди заболевают. При всеобщем понимании данной проблемы и внимании к ней эффективные, экономически целесообразные и полезные для здоровья меры смогут заменить более дорогостоящие инвестиции в лечение.

Доказано, что макрополитические мероприятия, имеющие целью уменьшение экономической нестабильности, улучшение качества питания, жилья, способствуют сохранению и улучшению здоровья не только среди взрослых, но и среди детей. Кроме того необходимо располагать стратегиями, программами для решения особо важных проблем детского и подросткового периода, к которым относятся состояние здоровья матерей и детей раннего периода жизни, травмы, нездоровые формы поведения, связанные с использованием психоактивных веществ, рационом питания и физической активностью, психическое здоровье, а так же сексуальное и репродуктивное здоровье.

• **Придание более высокого приоритета здоровью матерей и новорожденных для достижения дальнейшего сокращения случаев детской смерти, долгосрочной заболеваемости и инвалидности**

Здоровье и выживание ребенка, особенно в раннем младенческом возрасте, неразрывно связаны со здоровьем матери и помощью, которую она получает. Основа для хорошего здоровья закладывается до зачатия. Дородовая помощь, а также помощь при родах и в течение первой недели жизни играют решающую роль для оптимального развития на всех этапах

– от периода младенчества до подросткового возраста и наступления зрелости. Для снижения предотвратимых младенческих и перинатальных потерь первостепенное значение приобретает совершенствование организации службы охраны материнства и детства, прежде всего повышение качества акушерской помощи в общей сети родовспомогательных стационаров, а также амбулаторной педиатрической службы.

•Улучшение питания

Обеспечение дополнительного (обогащенного витаминами и микроэлементами) питания беременным, кормящим матерям и детям

Недостаточность питания матерей представляет собой огромную опасность для здоровья детей. Последствия плохого питания и задержки в росте проявляются на протяжении всей жизни ребенка: оказывают негативное воздействие на его здоровье и возникновение инвалидности, способствуют плохой успеваемости и другим показателям нарушенного интеллектуального и социального развития. Поэтому необходимо обеспечить дополнительным (обогащенным витаминами и микроэлементами) питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей грудного возраста. Например, в США существует «Специальная программа дополнительного питания для женщин и детей, в том числе грудного возраста» (WIC program) [352], которая направлена на улучшение пищевого статуса и состояния здоровья детей и их матерей путем предоставления им питательных добавок, просвещения по вопросам гигиены питания и согласованной медицинской помощи беременным, кормящим матерям и женщинам в послеродовом периоде, а также детям дошкольного возраста. Эта программа предусматривает: обеспечение грудных детей в возрасте до 12 месяцев детскими питательными смесями, обогащенными железом (если они не кормятся грудью); обеспечение грудных детей в возрасте от 6 до 12 месяцев крупами, обогащенными железом, и соками, обогащенными витамином С; обеспечение детей в возрасте от 1 года до 5 лет молоком, крупами, обогащенными железом, яйцом, витамином С или соками цитрусовых, сыром и сухой фасолью; обеспечение беременных и кормящих матерей молоком, сыром, крупами, обогащенными железом, яйцом, витамином С или соками цитрусовых и сухой фасолью. Польза этой программы описана в целом ряде научных работ. Основной результат заключается в 40%-ом уменьшении риска младенческой смертности, снижении числа маловесных новорожденных, улучшении развития детей в период с 6 до

18 месяцев и снижении распространенности железодефицитной анемии, особенно среди малообеспеченных семей.

Пропагандирование грудного вскармливания

В России слишком мало матерей вскармливают грудью своих младенцев до возраста 6 месяцев (рис.6.1), в то время как ВОЗ рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение этого периода.

Дети, которые не получают грудного вскармливания, в шесть раз более подвержены угрозе смерти до достижения ими одного месяца, по сравнению с детьми, получающими, хотя бы частично, грудное молоко. Исследования свидетельствуют о том, что помощь общего характера со стороны как специалистов в области медицины и здравоохранения, так и немедицинских работников способствует как увеличению количества матерей, практикующих грудное вскармливание, так и продолжительности периода вскармливания [353].

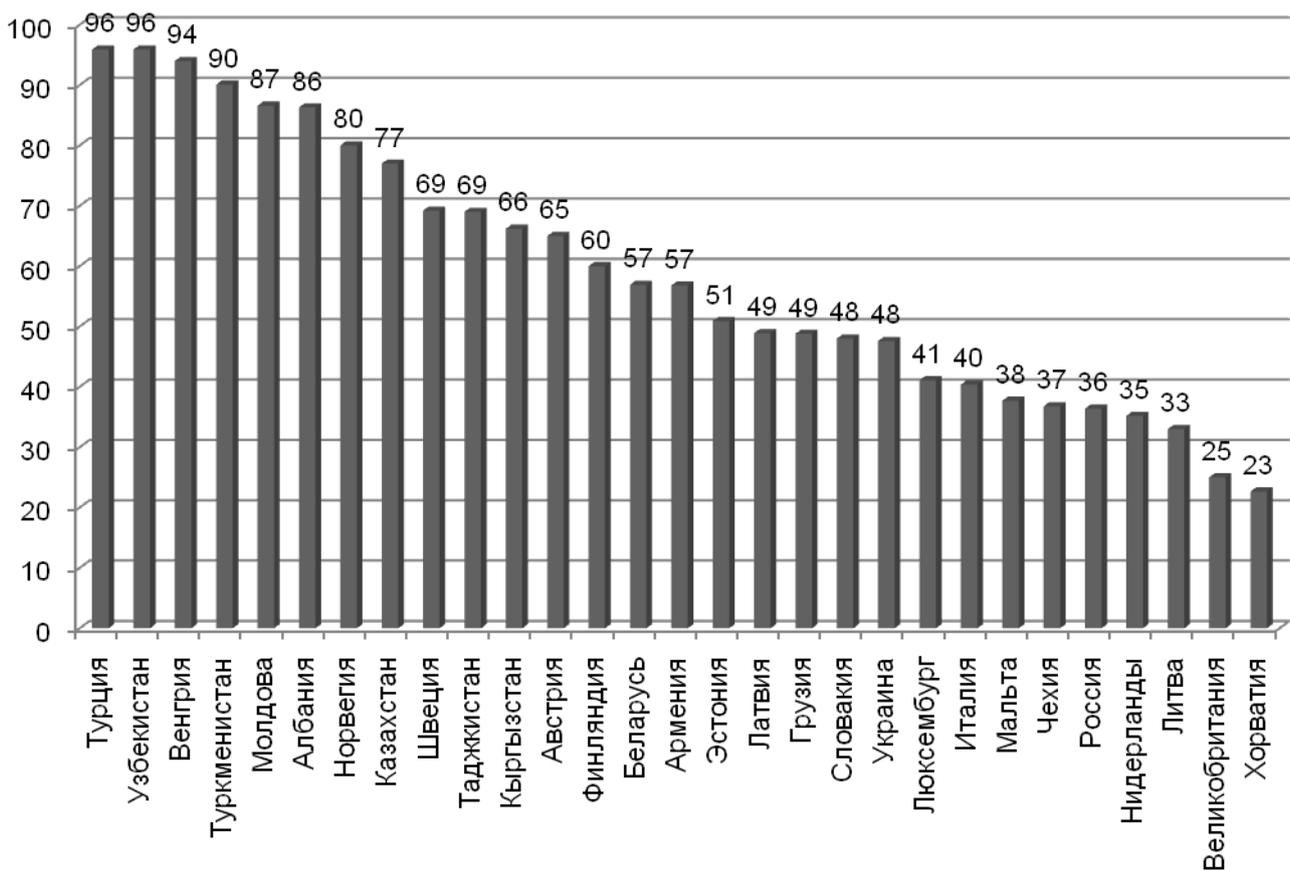


Рис. 6.1. Доля вскармливаемых грудью детей в возрасте 6 месяцев в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г. или ближайший, для которого есть данные (Россия – 2006 г.)

Консультации по вопросам питания

Начиная с шести месяцев и дальше, когда грудное вскармливание уже недостаточно для обеспечения всех потребностей в питании, дети вступают в особо уязвимый период прикармливания, на протяжении которого они совершают постепенный переход на обычную пищу в семье. Распространенность неправильного питания резко увеличивается в возрасте от шести до 18-и месяцев в большинстве стран, и приобретаемые в этом возрасте виды нарушений трудно компенсировать в более поздние периоды.

Консультации по вопросам питания улучшают не только знания матерей, но и практику прикармливания и продолжения грудного вскармливания, что приводит к росту энергетического и питательного обмена и росту ребенка.

Организация питания детей старшего возраста и подростков

Недостаточное питание представляет особую угрозу для работы и учебы детей старшего возраста и подростков. В то же время наблюдается быстрое увеличение распространенности чрезмерного веса у юных россиян, что указывает на угрозу для здоровья, как в данный момент, так и в долгосрочной перспективе.

Большую часть дня дети и подростки проводят в школе. По данным Роспотребнадзора, в 70% российских школ детей обеспечивают обедами из натуральных продуктов, в 13% столовые работают на полуфабрикатах, примерно в 7% есть только буфеты, а в 10% школ пищеблоки вообще отсутствуют (в сельской местности – в 13%).

Охват горячим питанием в целом по России составляет 77,5%. Только завтраки получают 58,8% школьников, только обеды – 21,9%, двухразовое питание – 19,3%. Полдничают – 3,2% детей. Буфетную продукцию приобретают 25,0%.

Среди учащихся начальной школы завтраки получают 55,9%, обеды – 17,0%, завтраки и обеды – 27,1%. В 5-11 классах завтракают 61,2%, обедают – 26,0%, завтракают и обедают – 12,8% детей.

50% детей редко употребляют в пищу молочные, а 33% – мясные продукты. Согласно исследованиям НИИ питания Российской академии медицинских наук, в рационе российских школьников недостаточно витаминов, минеральных веществ и микроэлементов: у 25% детей наблюдается дефицит фолиевой кислоты и практически у 90% детей – дефицит витамина С. Это приводит к задержке роста, анемии, остеопорозу, болезням пищеварения.

Учитывая социальную значимость вопроса и низкую платёжеспособность многих родителей необходимо выделение бюджетных средств на организацию питания в школе не только

школьников младших классов и детей из малообеспеченных семей, но и старшеклассников.

• **Профилактика травматизма**

Травмы, в особенности связанные с дорожным движением, являются ведущей причиной смерти среди детей и подростков. Данная проблема должна решаться путем проведения комплексной политики, охватывающей различные направления.

Травматизм может быть предупрежден, и в настоящее время имеется большой объем фактических данных об эффективных стратегиях профилактики непреднамеренных травм, которые могут быть использованы для борьбы с наиболее важными причинами травматизма [354]. В частности, к этим стратегиям относятся следующие:

Контроль скорости движения автотранспортных средств

Превышение скорости – это основная причина ДТП, увеличивающая вероятность тяжелых травм или гибели пострадавших среди всех категорий участников дорожного движения. Так, вероятность сохранения жизни пешехода при наезде со скоростью менее 30 км/ч составляет 90%, однако при скорости автомобиля 45 км/ч эта вероятность падает ниже 50% [355]. Необходимо установление и строгое соблюдение ограничения скорости до 30 км/ч и ниже в местах скопления пешеходов, снижение интенсивности дорожного движения, использование физических способов ограничения скорости, таких как искусственные дорожные неровности (лежачий полицейский), и создание специальных велосипедных и пешеходных дорожек.

Улучшение дорожной инфраструктуры

Устройство дорог с соблюдением требований повышенной безопасности защитит всех участников дорожного движения, включая наиболее уязвимые категории. Например, меры по повсеместному ограничению скорости и интенсивности движения в пределах определенной территории позволяют снизить уровень дорожно-транспортного травматизма на 11% [356].

Изменение дорожной конструкции требует определенных усилий от органов городского и дорожного планирования, а также от руководства системой транспорта. Однако необходимые исходные инвестиции очень скоро дают хороший эффект. Это доказано свидетельствами экономической эффективности таких мер, как устройство модернизированных обозначенных пешеходных переходов, улучшение дорожного освещения, устройство ограждений, пешеходных мостов и тоннелей, а также велосипедных дорожек (табл.6.1). Наиболее

целесообразно устройство всех таких усовершенствований в зонах жилой застройки, около школ и общественных центров.

Таблица 6.1.

Экономия общественных ресурсов при внедрении отдельных мер повышения безопасности дорожного движения

Меры безопасности	Уровень экономии (в евро, на 1 евро затрат)
ДОРОЖНАЯ ПЛАНИРОВКА	
Устранение препятствий вдоль обочин	19,3
Улучшенные обозначенные пешеходные переходы	14
Защитные ограждения вдоль краев проезжей части	10,4
Защитный барьер вдоль разделительной полосы	10,3
Ограничение скорости и интенсивности движения в пределах определенной территории	9,7
Установка предупреждающих знаков перед опасными поворотами	3,5
Пешеходные мосты или туннели (подземные переходы)	2,5
Простейшая дорожная разметка	1,5
ЗАМЕТНОСТЬ НА ДОРОГЕ	
Освещение проезжей части	10,7
Использование фар (ближний свет) в дневное время	4,4
КОНТРОЛЬ НА АЛКОГОЛЬ	
Выборочное проведение дыхательных тестов	36
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ АВТОМОБИЛЬНЫЕ СРЕДСТВА БЕЗОПАСНОСТИ	
Детские кресла безопасности	32
Звуковой сигнал, напоминающий о необходимости пристегнуть ремни безопасности	6
ШЛЕМЫ	
Велосипедные шлемы	29
Мотоциклетные шлемы	16

Источник: ETSC (2003), Institute for Road Safety Research SWOV (2001), United States National Centre for Injury Prevention and Control (2000).

Обязательное использование защитных шлемов при езде на велосипедах и мотоциклах

Убедительные доказательства свидетельствуют о том, что мотоциклетный шлем снижает риск и тяжесть травм головы приблизительно на 72%, а вероятность летального исхода – на 39%. Наличие велосипедного шлема снижает риск черепно-мозговой травмы, в том числе тяжелой, на 63-88% [357].

Необходим закон, обязывающий ношение шлема при езде на мотоцикле и велосипеде, подкрепленный строгим контролем его соблюдения. Законодательные действия должны подкрепляться просветительскими кампаниями в этой области.

Обязательное использование ремней безопасности и детских сидений в автомобилях

Ремни безопасности и детские сиденья необходимы для обеспечения безопасности пассажиров автомобиля, уменьшая риск травматизма соответственно на 45-55% и 60-95% [358].

Более широкому использованию ремней безопасности и детских кресел могут способствовать законодательство (не декларативное, а подкрепленное действенной системой его соблюдения), родительская осведомленность, наличие в продаже детских кресел и доступные цены на них.

Установление и обеспечение соблюдения предельно допустимых концентраций алкоголя в крови водителей

Риск ДТП увеличивается экспоненциально, когда уровень алкоголя превышает 0,4 г/л (0,4 промилле) по сравнению с ситуацией, когда алкоголя в крови нет [355]. В большинстве стран Евросоюза максимально разрешенная концентрация алкоголя в крови составляет 0,5 промилле или ниже (например, в Швеции – 0,2 промилле).

Некоторые государства (Англия, Ирландия, Мальта), на первый взгляд, отличаются «сверхлюбовью» к любителям выпить за рулем (максимально разрешенная концентрация алкоголя в крови составляет 0,8 промилле). Однако это заблуждение тут же рассеивается после того, как узнаешь, каковы штрафы (табл. 6.2) [359]. Так, превышение допустимой границы (0,5 промилле) на 0,1 промилле в Дании может обойтись водителю с доходом 3000 евро в месяц примерно в 1800 евро, а Великобритании превышение на 0,2 допустимых промилле влечет штраф до 7200 евро. И денежным штрафом дело не ограничивается: сюда следует добавить высокую вероятность лишения водительских прав, а иногда и свободы.

Например, в Германии, где разрешенным является употребление 0,5 промилле, в случае, когда водитель демонстрирует неуверенную езду (несоблюдение полосности («виляние» по дороге), проезд на запрещающий сигнал светофора, столкновение со стоящей машиной при парковке и пр.), тем более, если он становится участником аварии или нарушителем скоростного режима, правил обгона и т.п., ответственность начинается с 0,3 промилле. И если будет доказано, что данные нарушения произошли вследствие воздействия на организм алкоголя, то штрафы налагаются по шкале «наличие алкоголя от 1,1 промилле», вне

зависимости от того, какое количество употребил водитель. Таким образом, водитель, попав в аварию и, имея в крови якобы разрешенные 0,3 промилле алкоголя, рискует, как минимум, быть лишенным прав на 1 месяц и заплатить штраф в 250 евро. Если же такая «оплошность» повторится, то водитель будет лишен прав на 3 месяца и заплатит 500 евро. Каждый последующий случай стоит 750 евро и 3 месяца лишения прав, а также 7 штрафных баллов. Такая же система действует и в отношении лиц, употребляющих наркотики. В отношении же водителя, в крови которого обнаружено более 1,1 промилле, который ничего не нарушил, действует принцип: «то, что ничего не случилось – абсолютная случайность», поэтому наказание применяется как к преступнику: лишением прав от 6 месяцев до 5 лет, лишением свободы до 1 года или огромным денежным штрафом, исчисляемым тысячами евро, начислением 7 штрафных баллов (баллы за содержание алкоголя действуют в течение 10 лет и по достижении 14 баллов ведут к процедуре передачи на права). Водитель с 1,6 промилле, кроме перечисленных выше наказаний, направляется на принудительное медико-психиатрическое освидетельствование, цель которого – подтвердить его психическую адекватность. Начиная с 2,0 промилле, рассматривается вопрос об ограничении дееспособности нарушителя, а если в крови найдут более 3,0 промилле алкоголя, лицо может быть признано недееспособным вообще. Кстати, в Германии есть еще более строгая мера для нарушителей – пожизненное лишение водительских прав.

До недавних пор в России не было закона, который бы устанавливал максимальную разрешенную дозу алкоголя в крови (при этом необходимо помнить, что разрешенная доза – это не разрешение выпить). Принятие решения о степени алкогольного опьянения оказывалось целиком во власти врача и сотрудника ГИБДД. С 1-го июля 2008 г. были введены нормы по максимально разрешенной концентрации алкоголя в крови водителей (0,3 промилле). При этом еще до этого, в июле 2004 г., были сделаны поправки в Кодекс об административных нарушениях и отменены денежные штрафы за одно из самых опасных нарушений – езду на автомобиле в состоянии опьянения. В силе оставлен только один вид наказания – лишение водительских прав сроком от полутора до двух лет. Летом 2010 г. указом Президента в России вновь введен «сухой закон» за рулем. При этом большинство экспертов считают, что данная мера приведет лишь к усилению коррупции на дорогах.

Повышение степени заметности участников движения на дороге

Для повышения безопасности пешеходов предлагаются такие меры, как ношение отражающих полосок или одежды более светлых тонов, передвижение навстречу идущему транспорту и, по возможности, по

хорошо освещенным улицам. Велосипедистам рекомендуется ношение одежды с отражающими вставками, использование велосипедных фар и задних светильников, а также передних, задних и колесных отражателей. Для мотоциклистов – включение фар даже в светлое время суток, ношение отражающей одежды и белых или светлых шлемов.

Улучшение уличного освещения повышает безопасность всех уязвимых участников дорожного движения и должно предусматриваться при городском и дорожном планировании, особенно в зонах с интенсивным движением и высокой плотностью населения.

Обязательное включение фар моторных транспортных средств в дневное время повышает степень их заметности для остальных участников дорожного движения; в странах, которые ввели эту меру (которая подкреплялась действенным контролем), число наездов на пешеходов сократилось на 15%, число ДТП с участием велосипедистов – на 10% [360].

Таблица 6.2.

Штрафы за вождение в состоянии алкогольного опьянения

Страна	Штраф	Страна	Штраф
Австрия	от 220	Нидерланды	от 230
Англия	от 360 до 7200	Норвегия	от 615
Бельгия	от 125	Польша	до 1200
Болгария	от 200	Португалия	от 250
Босния и Герцеговина	от 150	Россия	Лишение прав на 1,5-2 года
Венгрия	от 50 до 400	Румыния	от 50
Германия	от 250	Сербия	от 30
Греция	от 80	Словакия	до 260
Дания	от 540	Словения	от 125
Ирландия	от 1270	Турция	от 150
Испания	от 300	Финляндия	от 15-120 TS*
Италия	от 260	Франция	от 750
Кипр	до 580	Хорватия	от 70
Латвия	от 140	Чехия	от 65 до 470
Литва	от 290	Швейцария	от 775
Люксембург	до 1250	Швеция	от 30 TS*
Македония	от 65	Эстония	от 70 до 210
Мальта	от 480		

*TS** - в пересчете на среднестатистический показатель заработной платы за один день.

Обеспечение равенства на дорогах

По мнению экспертов [361], перенос на отечественную почву даже лучших образцов и норм в сфере автомобильной техники, инженерного обустройства дорог и административно-управленческой практики практически заведомо малоэффективен в условиях сохранения архаических государственных институтов и общественных практик в сфере пользования дорогами и автомобилями, сложившихся в специфических советских условиях и задолго до эпохи массовой автомобилизации.

Уровень транспортных рисков определяется, прежде всего, качеством национальных институтов – как общегражданских (равенство граждан перед законом, независимый суд, полиция с высокой профессиональной репутацией, высокая самоорганизация граждан, возможность обращения с гражданскими исками по фактам нанесения морального ущерба и др.), так и специфических, автомобильных.

Ключевой «автомобильной институцией» считается тотальное равенство прав участников дорожного движения. Это означает, в частности, что приоритеты на дороге бывают исключительно гуманитарные (уступи пешеходу, велосипедисту, автомобилю неотложной службы, автобусу) или же ситуационные (соблюдай очередность проезда, уступи тому, кто на главной дороге). Это означает еще и полное исключение преимуществ, предоставляемых по каким-либо иным, в том числе статусным, признакам. В России точно так же, как и во многих странах третьего мира, легальные (либо узаконенные в правоприменительной практике) права нарушать писанные и неписанные правила поведения на дороге имеют начальники разных уровней, прокуроры, судьи, сотрудники любых силовых структур, обладатели блатных номеров и талонов, а также просто состоятельные люди. Даже по факту ДТП со смертельным исходом серьезной ответственности они не несут никогда.

Повышение качества травматической помощи

Значительная часть смертей после ДТП происходит из-за не оказанной вовремя помощи. Эвакуация с места аварии в 70% случаев задерживается до 1-1,5 часов, при этом в более чем в 50% случаев доставка больных осуществляется на непригодном транспорте. По этим причинам гибнут до 70% людей!

Оказание высококачественной стационарной медицинской помощи внесет свой вклад в тенденции снижения смертности от дорожно-транспортного травматизма среди детей и взрослых [362].

Повышение уровня догоспитальной и стационарной помощи, а также последующей реабилитации пострадавших с особым вниманием к

дорожным коридорам высокого риска, включая совершенствование систем связи и расширение сети станций экстренной медицинской помощи, подготовку высококвалифицированного медицинского персонала и оснащение необходимым оборудованием палат интенсивной терапии в стационарных учреждениях, имеет важное значение для снижения смертности и инвалидности и для возвращения пострадавших к нормальной жизни. *Необходимо кардинально иное отношение к службе спасения.* Врачи всего мира уже давно признали, что самым важным после ДТП является первый час (его даже называют «золотой»). Например, в Балтиморе (США) еще в 1969 г. был создан первый центр экстренной помощи «Травмашок» (в дальнейшем они появились во всех крупных городах). Эти Травмашоки стали оснащаться вертолетами, самым современным медицинским оборудованием и именно туда начали привозить больных, находящихся на грани жизни и смерти. В результате в Америке в последние годы постоянно снижается смертность от огнестрельных ран, ДТП и пр.

Кроме того, необходимо разработать устойчивые стратегии транспортного и городского развития, в которых должна быть учтена необходимость перехода на альтернативные виды передвижения, такие, например, как ходьба, езда на велосипедах, общественный транспорт. Эти меры не только позволят уменьшить частоту дорожно-транспортных происшествий, но и будут способствовать уменьшению других важных негативных последствий чрезмерной зависимости от моторного транспорта, таких как шум, загрязнение воздуха и недостаточная физическая активность.

Применительно к другим непреднамеренным травмам эффективные меры профилактики включают следующие мероприятия: производство и использование емкостей, которые не могут быть открыты детьми; хранение химических веществ в местах, недоступных для детей; благоустройство домов с целью устранения факторов риска; установка защитных решеток на окнах и перилах на лестницах для предупреждения падений; ограждение бассейнов и других водных резервуаров; размещение на берегах спасательных кругов и других плавсредств; обеспечение работы спасательной службы в местах купания; установка детекторов дыма; использование огнезащитной одежды и расположение поверхностей, предназначенных для приготовления пищи, на высоте, обеспечивающей предупреждение случайных ожогов.

Наиболее эффективным средством обеспечения осуществления этих мероприятий обычно является законодательство [363], но соответствующая «доработка» окружающей среды и просвещение также играют свою роль в предотвращении или сокращении детского

травматизма, а эффект от их сочетания с другими мероприятиями представляется весьма обнадеживающим [364].

• **Мероприятия, направленные на снижение потребления табачных изделий среди детей и подростков**

Потребление табака детьми и подростками является серьезной проблемой. Поскольку лишь немногие люди начинают курить после подросткового возраста, этот период дает наибольшие возможности для предупреждения этой привычки. Успех зависит от использования всего арсенала средств, имеющихся в распоряжении.

На первый взгляд кажется логичным сконцентрировать все усилия на профилактике курения среди подростков и молодежи. Наиболее очевидными в этом плане представляются *запреты на продажу табачных изделий несовершеннолетним и просветительные программы в школах*. Однако опыт их применения оказался плачевным [365]. В развитых странах было множество попыток ввести ограничения на продажу сигарет подросткам, которые в целом оказались безуспешными. Более того, если такие ограничения были направлены на наказание подростков, а не продавцов, то они создавали сигаретам ореол «запретного плода» и, по сути, превращались в рекламу сигарет. В целом, ограничения для молодежи трудно выполнимы, особенно если принимать во внимание, что подростки часто получают сигареты от своих старших товарищей, а иногда и от своих родителей.

Школьные программы против курения широко распространены в развитых странах. Однако, как показали многочисленные исследования, эффективность таких программ крайне низка. Даже те программы, которые первоначально уменьшают привлекательность курения, по-видимому, имеют лишь временный эффект. Они способны отодвигать начало курения, но не предотвращать его. Очевидная слабость школьных программ обусловлена тем, что многие из них базируются на взрослой ценности здоровья, не учитывают особенностей аудитории, в которой они проводятся. Реакция молодых людей на информацию относительно долгосрочных последствий курения для их здоровья заметно отличается от реакции взрослых, частично из-за ориентации поведения подростков на настоящее и частично из-за склонности подростков сопротивляться совету взрослых.

Наибольшего успеха пока добились программы, основанные на подходе, названном «демонизация табачной индустрии». Они направляют подростковое чувство протеста против табачной индустрии: «Этим дельцам нужны только мои деньги, и им плевать на мое здоровье».

Наиболее эффективным и практическим методом удерживания детей и подростков от курения и прекращения распространения этой привычки среди взрослых оказывается **постепенное, но постоянное повышение налогов на все табачные изделия, приводящее к повышению их реальной цены**. Результаты многих исследований показывают, что дети и подростки с меньшей вероятностью начинают курить, а их курящие сверстники с большей вероятностью прекращают курить, если цена на сигареты повышается. Это обусловлено тем, что у подростков недостаточно свободных денег, они еще мало зависимы от никотина, более восприимчивы к влиянию сверстников. Таким образом, если молодой человек прекратит курить, потому что он не может себе этого позволить по причине нехватки материальных средств, его друзья с большей вероятностью последуют его примеру.

Более высокие налоги побуждают часть взрослых курильщиков бросать курить и предотвращают начало курения у некурящих. Они также уменьшают число возвратов к курению у бывших курильщиков и сокращают потребление табачных изделий среди постоянных курильщиков.

Из рисунка 6.2 видно, что Россия относится к числу стран с одной из самых низких стоимостей табачных изделий¹. Для сравнения стоимость пачки сигарет в долларах США в России – 0,5; в Норвегии – 10,1, в Великобритании и Северной Ирландии – 7,6; в Германии – 6,6; во Франции – 7,4; в Дании – 6,2. По данным Всемирного Банка, повышение цены пачки сигарет на 10% снизило бы спрос на сигареты на 5% в странах с высоким доходом и на 8% в странах со средним и низким доходом [366].

В развитых странах налоги составляют две трети и более от розничной цены пачки сигарет (в Великобритании, Франции – 80%, в Швеции – 73%, в Германии – 76%). В противоположность этому, в России налоги составляют лишь порядка одной трети розничной цены пачки (37%).

Разработанная Всемирным Банком модель показывает, что увеличение налогов, которое бы привело к повышению реальной цены на сигареты на 10% во всем мире, заставило бы бросить курить 40 миллионов курильщиков и предотвратило бы минимум 10 миллионов связанных с табаком смертей. Помимо этого, повышение цен удержало бы значительное число людей от курения.

¹ В утвержденной в 2010 г. Национальной антитабачной концепции, отмечается, что до 2015 г. предполагается поэтапно равномерно увеличивать акцизы на все виды табачных изделий до среднего уровня налогообложения данных изделий среди стран Европы, входящих в ВТО.

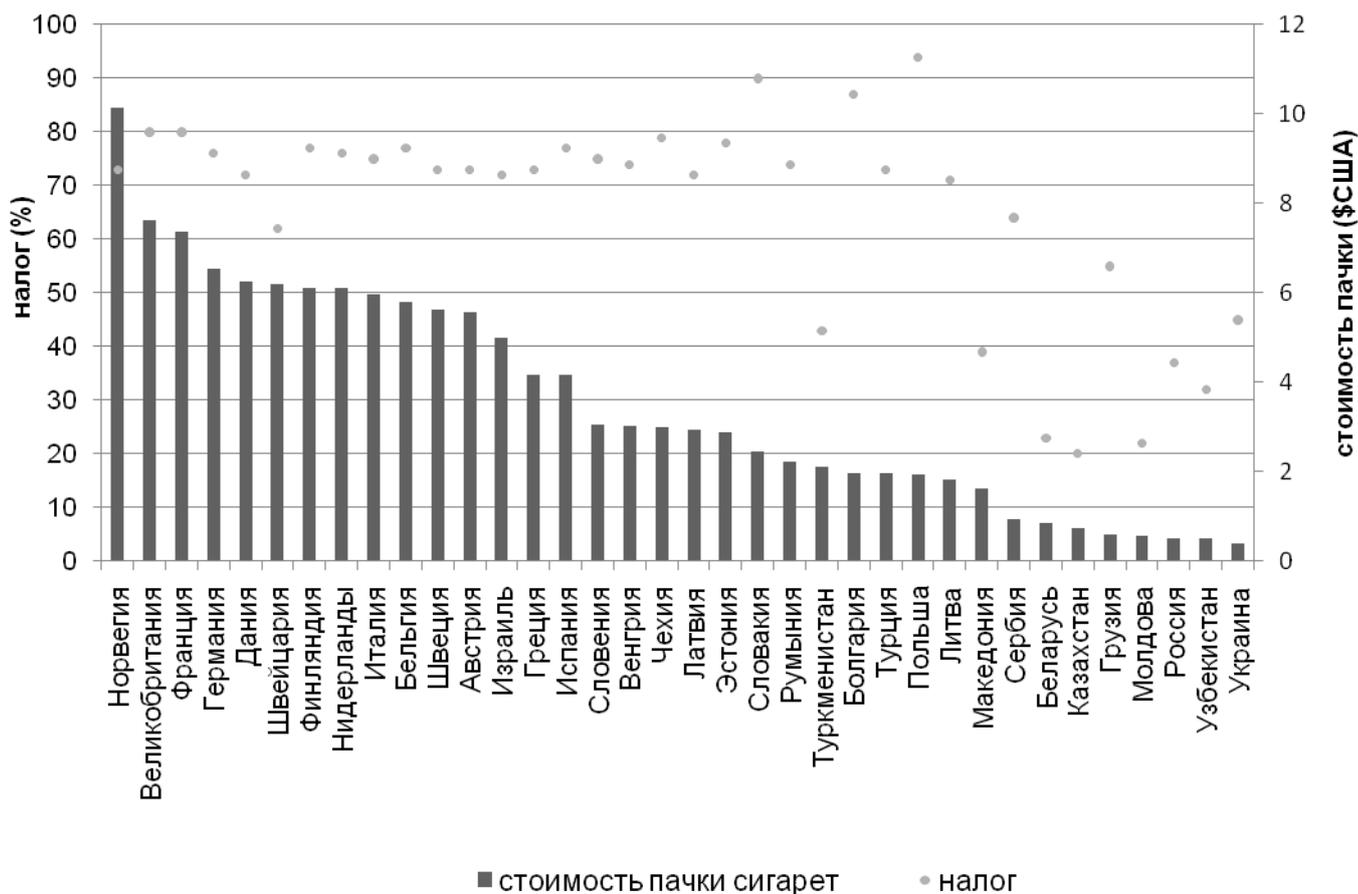


Рис.6.2. Стоимость пачки сигарет (20 штук) наиболее распространенного бренда (в долларах США) и размер налогов на табачную продукцию, 2008 г.

Источник: WHO Report on the global tobacco epidemic. 2009

Полный (или практически полный) запрет табачной рекламы и спонсорства

Относительно воздействия рекламы сигарет на потребителей ведутся активные дебаты. С одной стороны, борцы за здоровый образ жизни доказывают, что такая реклама увеличивает потребление. Напротив, табачная индустрия утверждает, что ее реклама не привлекает новых курильщиков, а просто поощряет устоявшихся курильщиков сохранять верность особой марке или сменить ее. Прямые механизмы, благодаря которым реклама и пропаганда могут увеличивать потребление табака, заключаются в стимулировании детей и молодежи начать экспериментировать с табачными изделиями, и таким образом инициировать регулярное курение; поощрении взрослых начать курить; поощрении нынешних курильщиков курить больше; подрыве побуждений курильщиков бросить курить; поощрении прежних курильщиков возобновить привычку.

Такие исследования, как опросы детей о том, насколько они помнят рекламные сообщения, приводят к выводу, что реклама и пропаганда действительно воздействуют на спрос на сигареты и привлекают новых курильщиков.

Исследования показывают, что для сокращения потребления табака частичные ограничения рекламы (например, запрет ее только на радио и телевидении) почти не имеют смысла. Только практически полный запрет прямой и косвенной рекламы и спонсорства способен снизить уровень курения.

Начиная с 1972 г., большинство развитых стран ввело более строгие ограничения, охватывающие большое число средств информации, а также различные формы спонсорства (табл.6.3). Исследование 22 стран с высоким уровнем доходов, основанное на данных с 1970 г. по 1992 г., пришло к выводу о том, что всесторонние ограничения рекламы табака могут уменьшить его потребление более чем на 6% в странах с высоким уровнем доходов, в то время как лишь частичное ограничение табачной рекламы имеет небольшой эффект или вообще не оказывает никакого воздействия на потребителей [367].

Другое исследование в четырех странах (Финляндия, Новая Зеландия, Франция и Норвегия) было посвящено влиянию рекламы табака на общий спрос на табачные изделия. В каждой из этих стран после введения запрета на рекламу последовало снижение потребления сигарет на душу населения в возрасте 15 лет и старше на 14%-37%. Такое снижение не могло объясняться влиянием других факторов.

Таблица 6.3.

Запрет на рекламу табачной продукции в Европейских странах

	Национальное ТВ и радио	Международное ТВ и радио	Местные журналы и газеты	Международные журналы и газеты	Билборды и наружная реклама	Пункты продажи	Интернет
Австрия	+	-	-	-	+	-	+
Беларусь	+	-	-	-	+	-	-
Бельгия	+	-	+	-	+	-	-
Болгария	+	-	+	+	-	-	-
Чехия	+	-	+	-	+	-	-
Дания	+	-	+	-	+	-	-
Эстония	+	-	+	-	+	+	-
Финляндия	+	-	+	-	+	+	+

ГЛАВА 6. Стратегические направления сбережения здоровья детей

Франция	+	+	+	+	+	-	+
Грузия	+	-	-	-	-	-	-
Германия	+	-	+	-	-	-	+
Греция	+	-	+	-	-	-	+
Венгрия	+	-	+	-	+	-	+
Израиль	+	-	-	-	-	-	-
Италия	+	+	+	-	+	+	+
Казахстан	+	-	+	-	+	-	-
Киргизстан	-	-	-	-	+	-	-
Латвия	+	-	+	-	+	+	+
Литва	+	-	+	+	+	+	+
Нидерланды	+	-	+	-	+	-	-
Норвегия	+	-	+	-	+	+	-
Польша	+	+	+	+	+	+	-
Молдова	+	-	-	-	-	-	-
Румыния	+	+	+	+	+	-	+
Россия	+	-	-	-	-	-	-
Сербия	+	-	+	-	+	-	-
Словакия	+	-	+	-	+	+	-
Словения	+	-	+	-	+	-	+
Испания	+	-	+	+	+	+	+
Швеция	+	-	+	-	+	+	-
Швейцария	+	-	-	-	-	-	-
Таджикистан	+	-	+	-	+	-	-
Македония	+	-	+	+	+	-	-
Турция	+	+	+	+	+	+	+
Туркменистан	+	-	+	-	+	-	-
Украина	+	-	+	-	+	-	-
Великобритания	+	-	+	-	+	-	-
Узбекистан	+	-	-	-	+	-	-

+ есть запрет, - нет запрета

Источник: WHO Report on the global tobacco epidemic. 2009

Запрет курения в общественных местах, подкрепленный системой контроля его соблюдения

Практически во всех странах существуют ограничения на курение в общественных местах (табл.6.4). Наиболее очевидные выгоды этих ограничений, конечно, испытывают некурящие. Существует, по меньшей мере, четыре явные причины ограничения курения в общественных местах: 1) защита некурящих, которые меньше подвергаются риску для здоровья и неприятным ощущениям от окружающего табачного дыма; 2) содействие курильщикам в прекращении курения; 3) снижение ущерба, обусловленного дымом, пеплом и огнем (особенно на торговых складах,

где курение может повредить продаваемые товары, или в учреждениях, где живут люди, таких как больницы, санатории или дома престарелых, где слабые или пожилые курильщики могут оказаться беспомощными в обращении с их предметами для курения); 4) улучшение здоровья и производительности работников. К тому же такие запреты являются эффективной мерой профилактики курения среди молодежи, показывая, что курение социально неприемлемо.

В странах с высоким уровнем доходов запрет курения в общественных и на рабочих местах привел, по оценкам, к сокращению потребления табака на 3-4% [368]. Среди курильщиков, работающих там, где курение на рабочих местах запрещено, более чем в два раза больше желающих бросить курить, чем среди работающих там, где курение разрешено [369].

В Ирландии после полного запрета курения в общественных местах около 46% курильщиков сообщили, что «бездымный» закон увеличил вероятность того, что они бросят курить; среди тех, кто действительно отказался от этой пагубной привычки 80% отметили, что им в этом очень помог закон, а 88% сказали, что закон способствовал тому, что они не закурили вновь, после того, как бросили.

Для создания зон, свободных от табачного дыма, необходимо соответствующее законодательство, поскольку меры, основанные на принципах добровольности, оказываются неэффективными. После введения законов, направленных на создание свободных от табачного дыма зон, необходимо обеспечить их эффективное применение. Самым действенным является наложение штрафов и других санкций на владельцев предприятий, а не штрафование отдельных курильщиков.

Закон «Об ограничении потребления табака» и поправки к закону «О рекламе», недавно предложенные на рассмотрение депутатов Государственной думы РФ, к сожалению, не соответствуют даже минимальным требованиям, которым должна отвечать эффективная политика борьбы против табака. Более того, они противоречат и Национальной антитабачной концепции, и Рамочной конвенции ВОЗ. Например, они разрешают рекламу в точках продажи табачных изделий и в местах, специально отведённых для курения. Законопроект об ограничении потребления табака вместо полного запрета на него в общественных местах и на работе фактически легализует его во всех учреждениях здравоохранения, включая детские больницы и поликлиники, а также на открытых спортивных объектах, на рабочих местах и в ресторанах. В законопроекте нет запрета на спонсорство для табачных компаний.

Таблица 6.4.

Запрет на курение в общественных местах в Европейских странах

	В учреждениях здравоохранения	В образовательных учреждениях	В университетах	В правительственных учреждениях	В офисных помещениях	В ресторанах	В пабах и барах	В общественном транспорте	В других общественных местах
Австрия	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Беларусь	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Бельгия	+	+	+	+	+	+	-	-	+
Болгария	-	+	+	-	-	-	-	+	+
Чехия	+	+	-	+	-	-	-	+	-
Дания	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Эстония	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Финляндия	+	+	+	+	+	*	*	+	+
Франция	+	+	*	*	*	*	*	*	*
Грузия	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Германия	-	-	-	+	+	-	-	+	-
Греция	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Венгрия	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Израиль	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Италия	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Казахстан	+	+	+	+	-	-	-	-	-
Киргизстан	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Латвия	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Литва	-	-	+	-	+	-	-	-	-
Нидерланды	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Норвегия	-	-	-	-	-	+	+	-	-
Польша	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Молдова	+	+	-	-	-	-	-	-	-
Румыния	+	-	-	-	-	-	-	+	-
Россия	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сербия	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Словакия	+	+	+	-	-	-	-	+	-
Словения	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Испания	+	+	+	+	+	-	-	-	+
Швеция	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Швейцария	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Таджикистан	+	+	+	+	+	-	-	+	+
Македония	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Турция	+	+	+	+	+	+*	+*	+	+
Туркменистан	+	+	+	+	+	-	-	+	-
Украина	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Великобритания	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Узбекистан	-	-	-	-	-	-	-	-	-

+ есть запрет, - нет запрета, * - разрешены изолированные комнаты для курящих, +* - одобрено, но не введено

Источник: WHO Report on the global tobacco epidemic. 2009

• Мероприятия, направленные на снижение потребления алкогольных напитков среди детей и подростков

Чрезмерное употребление алкоголя подростками связано с дорожно-транспортными происшествиями, практикой сексуальных отношений без защитных мер и целым рядом факторов риска для здоровья на последующих этапах жизни. Исследования и опыт разных стран показывают, что наиболее эффективные стратегии предупреждения алкоголизации детей и подростков, включают следующие три основные направления, имеющие своей целью изменить поведение не только детей, но и их родителей, общества в целом:

Снижение доступности алкоголя

- Увеличение цен на алкогольную продукцию, что позволит сократить потребление алкоголя в первую очередь среди детей, подростков и молодежи, т.к. они располагают меньшими материальными ресурсами [370]. Россия относится к числу стран с самым дешевым алкоголем (табл. 6.5). Для сравнения, стоимость 0,5 литров пива, 0,75 литров вина, 0,7 литров крепких спиртных напитков в евро составляет в России соответственно – 0,5; 2; 1,5; в Беларуси – 0,3; 1,7; 2,1; в Швеции – 1,1; 5,9; 21,3; Норвегии – 2,8; 11,2; 39,0, Италии – 1,7; 3; 14,5. Установлено, что рост цен на 10% может сократить длительное потребление алкоголя почти на 7% в странах с высоким уровнем доходов и почти на 10% в странах с низким уровнем [371,372];

- Сокращение числа магазинов, продающих алкоголь, и часов их работы. Самый показательный пример – скандинавские страны, в которых ранее пили много и именно крепкие напитки. Однако государству удалось изменить ситуацию. Крепкие напитки в этих странах продаются через ограниченное число подконтрольных государству магазинов: в Швеции сеть «Systembolaget» (414 магазинов на 10 млн. человек), в Норвегии – «Vinmonopolet» (259 точек на 5 млн. человек), в Финляндии – «Alko» (344 магазина на 5 млн. человек). Сокращение доступности алкоголя в розничной сети до 24 часов в неделю в странах Европейского Союза (табл. 6.6) позволило в год избежать приблизительно 123 тысяч лет инвалидности и преждевременной смерти [373];

- Обеспечение проведения культурно-массовых мероприятий в условиях, исключающих реализацию и потребление алкогольных напитков.

Таблица 6.5.

Стоимость алкогольной продукции (в евро)

	0.5 л пива	0.75 л вина	0.7 л крепких спиртных напитков
Армения	0,48	2,32	4,05
Австрия	0,67	4,05	6,7
Азербайджан	0,65	1,08	1,81
Беларусь	0,28	1,7	2,06
Бельгия	0,94	2,44	11,7
Болгария	0,21	1,14	1,8
Хорватия	0,55	2,5	4,36
Чехия	0,23	1,18	3,19
Дания	0,92	4	10,75
Эстония	0,56	3,85	4,78
Финляндия	1,4	4,65	14,8
Франция	0,66	2,29	11
Грузия	0,3	0,6	0,63
Германия	0,8	3	7
Венгрия	0,52	0,98	4,06
Италия	1,66	3	14,45
Казахстан	0,99	1,48	1,38
Кыргызстан	0,32	1,7	1,59
Латвия	0,49	2,39	5,15
Литва	0,4	3,04	5,07
Нидерланды	0,6	2,63	8,74
Норвегия	2,84	11,21	39,01
Польша	0,43	2,15	5,59
Португалия	0,55	1,55	4,81
Молдова	0,33	2,11	1,45
Румыния	0,31	1,55	1,08
Россия	0,5	2	1,5
Сербия	0,4	3,5	4
Словакия	0,52	2,77	5,44
Словения	1,36	2,25	9,63
Испания	0,68	0,77	8,62
Швеция	1,05	5,94	21,27
Швейцария	1	6	15
Украина	0,4	1,06	1,96

Источник: WHO Regional Office for Europe, Alcohol control database

Таблица 6.6.

Законодательные ограничения продаже алкоголя (время и место)

	Часы продажи			Дни продажи			Место продажи		
	пиво	вино	крепкие спиртные напитки	пиво	вино	крепкие спиртные напитки	пиво	вино	крепкие спиртные напитки
Армения	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Австрия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Азербайджан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Беларусь	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Бельгия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Болгария	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Хорватия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Чехия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Дания	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Эстония	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Финляндия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да
Франция	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Грузия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Германия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Греция	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Венгрия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Израиль	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Италия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Казахстан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Кыргызстан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Латвия	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Литва	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Нидерланды	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Норвегия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Польша	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Португалия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Молдова	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да
Румыния	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Россия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Сербия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Словакия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Словения	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Испания	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Швеция	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Швейцария	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да
Украина	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да
Великобритания	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да

Источник: WHO Regional Office for Europe, Alcohol control database

Ужесточение законодательства в отношении лиц, поведение которых на почве злоупотребления спиртными напитками ведет к нарушениям норм морали и права

- Разработка и внедрение широкого комплекса социально-правовых мер, ставящих заслон массовому приобщению несовершеннолетних к спиртному, ограждающих молодежь от пьянства, в том числе введение более жестких мер ответственности родителей, приобщающих несовершеннолетних детей к пьянству, а также лиц, продающих спиртные напитки, в том числе и пиво, несовершеннолетним;

- Ужесточение системы административных мер взыскания за распитие алкогольных напитков в общественных местах и на улицах;

- Разработка и внедрение системы более жестких мер экономической, административной и уголовной ответственности за нелегальное производство и реализацию алкоголя, его фальсификацию, самогонование с целью сбыта продукции;

- Ужесточение законодательства в отношении лиц, осуществляющих управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.

Изменение социальных норм – формирование атмосферы общественного осуждения пьянства

Современная алкогольная ситуация диктует необходимость осуществления мер по радикальному изменению общественного мнения относительно места и роли алкоголя в жизни людей, традиций и обычаев, определяющих стереотипы поведения в отношении алкоголя.

Необходимыми условиями успешной реализации этой задачи являются:

- Значительное ограничение объема и содержания (или полный запрет) коммерческих сообщений об алкогольных изделиях, которое с большой долей вероятности снижает наносимый ими вред. Рекламные объявления в особенности поощряют благосклонное отношение к выпивке среди подростков и молодежи. По расчетам ВОЗ запрет рекламы позволил бы избегать каждый год приблизительно 202 тысячи лет инвалидности и преждевременной смерти в странах ЕС. Всесторонний запрет рекламы алкоголя может уменьшить его потребление на 16% [367].

- Создание системы ранней профилактики злоупотребления алкоголем и табакокурения, включающей разработку и внедрение образовательных программ формирования у детей и подростков устойчивой мотивации на здоровье и здоровый образ жизни, программ антиалкогольной и антитабачной направленности с широким использованием возможностей образовательных учреждений всех типов и видов.

- Необходимо отметить значительную роль средств массовой информации, которая заключается в:

- формировании общественного мнения, считающего престижным ведение здорового образа жизни;
- осуждению злоупотребления алкогольными напитками и другими психоактивными веществами как явления, противоречащего интересам подавляющего большинства населения;
- информировании населения о негативных последствиях злоупотребления алкогольными напитками и другими психоактивными веществами.

И самое главное, необходимо, наконец, **признать пиво алкогольной продукцией** со всеми вытекающими для него отсюда последствиями. Главное действующее вещество в нем, как и в водке, – этиловый спирт (этанол); оно вызывает опьянение; к нему развивается такое же привыкание. Только для формирования зависимости требуется употреблять немного большие объемы. Не по 75 граммов в сутки, а по одной полулитровой бутылке (в переводе на содержание этилового спирта).

Таблица 6.7.
Степень развитости антиалкогольных программ

	<i>СМИ</i>	<i>Школьные программы</i>	<i>Программы на рабочих местах</i>	<i>Программы местных сообществ</i>	<i>Компании по борьбе с пьянством за рулем</i>
Армения	слабо развиты	слабо развиты	не существуют	не существуют	слабо развиты
Австрия	развиты	развиты	развиты	развиты	хорошо развиты
Азербайджан	развиты	развиты	развиты	не существуют	не существуют
Беларусь	умеренно развиты	развиты	развиты	не существуют	развиты
Бельгия	развиты	развиты	развиты	развиты	хорошо развиты
Болгария	слабо развиты	умеренно развиты	слабо развиты	умеренно развиты	умеренно развиты
Хорватия	слабо развиты	умеренно развиты	умеренно развиты	слабо развиты	развиты
Чехия	не существуют	развиты	слабо развиты	слабо развиты	умеренно развиты
Дания	хорошо развиты	умеренно развиты	развиты	умеренно развиты	развиты
Эстония	умеренно развиты	развиты	не существуют	умеренно развиты	развиты
Финляндия	развиты	умеренно	умеренно	развиты	

ГЛАВА 6. Стратегические направления сбережения здоровья детей

		развиты	развиты		
Франция	развиты	умеренно развиты	слабо развиты	слабо развиты	развиты
Грузия	не существуют	не существуют	не существуют	не существуют	умеренно развиты
Германия	развиты	развиты	развиты	развиты	хорошо развиты
Венгрия	слабо развиты	умеренно развиты	слабо развиты	развиты	слабо развиты
Израиль	не существуют	развиты	слабо развиты	слабо развиты	развиты
Италия	умеренно развиты	умеренно развиты	слабо развиты	умеренно развиты	развиты
Казахстан	умеренно развиты	умеренно развиты	слабо развиты	слабо развиты	развиты
Кыргызстан	слабо развиты	слабо развиты	не существуют	не существуют	слабо развиты
Латвия	умеренно развиты	развиты	умеренно развиты	умеренно развиты	развиты
Литва	слабо развиты	умеренно развиты	слабо развиты	слабо развиты	слабо развиты
Нидерланды	умеренно развиты	развиты	умеренно развиты	умеренно развиты	хорошо развиты
Норвегия	развиты	развиты	развиты	умеренно развиты	развиты
Польша	умеренно развиты	хорошо развиты	слабо развиты	хорошо развиты	умеренно развиты
Португалия	слабо развиты	развиты	развиты	слабо развиты	развиты
Молдова	умеренно развиты	слабо развиты	не существуют	не существуют	умеренно развиты
Румыния	слабо развиты	умеренно развиты	не существуют	слабо развиты	слабо развиты
Россия	слабо развиты	умеренно развиты	не существуют	слабо развиты	развиты
Сербия	слабо развиты	умеренно развиты	слабо развиты	умеренно развиты	слабо развиты
Словакия	слабо развиты	развиты	не существуют	умеренно развиты	умеренно развиты
Словения	умеренно развиты	умеренно развиты	слабо развиты	слабо развиты	умеренно развиты
Испания	развиты	умеренно развиты	слабо развиты	умеренно развиты	хорошо развиты
Швеция	хорошо развиты				
Швейцария	развиты	развиты	умеренно развиты	развиты	развиты
Украина	слабо развиты	слабо развиты	слабо развиты	слабо развиты	развиты

Источник: WHO Regional Office for Europe, Alcohol control database

Особое внимание должно уделяться **организации досуга подрастающего поколения**. Необходимо приложить все силы, чтобы если не оградить его совсем от пивной, а затем и водочной бутылки, то хотя бы значительно отодвинуть возраст приобщения к алкоголю. Например, содействие физической активности является мощным средством улучшения не только физического здоровья населения, но и способствует улучшению состояния психического самочувствия за счет снижения уровней стресса, тревоги, симптомов депрессии, одиночества. Кроме того, занятия физическими упражнениями помогают формированию позитивной самооценки, развитию чувства уверенности в себе. Совместные занятия родителей и детей физкультурой и спортом, туристические походы могут стать семейной традицией, играющей важную роль в профилактике приобщения подрастающего поколения к потреблению психоактивных веществ, сплачивая детей и родителей, создавая атмосферу стабильности в семье.

• Содействие физической активности детей и подростков

Недоступность для многих семей стадионов, плавательных бассейнов, спортивных секций и пр. провоцирует недостаточность двигательной активности и снижает возможности компенсировать утомляемость детей.

Содействие физической активности должно проводиться с учетом потребностей в укреплении здоровья всего населения. Должно быть использовано расширенное определение понятия «физическая активность», которое включает ходьбу, езду на велосипеде, танцы, подвижные игры, спорт, различные другие формы активного отдыха. Это означает, что для вовлечения людей в физическую активность необходимы не только усилия секторов здравоохранения, физкультуры, спорта и отдыха, но также и других – сфер городского и транспортного планирования, организации дорожного движения, архитекторов – с целью формирования такой городской среды, которая будет способствовать физически активному образу жизни людей. Для организации массовой физкультуры и спорта не требуется больших капитальных вложений. Основной задачей является создание условий и возможностей для таких занятий.

При этом необходимо учитывать, что отмечается значительное социальное неравенство, при котором наименее обеспеченные группы населения обычно проводят свободное время наименее активно, так как имеют ограниченный доступ к местам, благоприятствующим физической активности, и к заведениям для занятий физкультурой и спортом. Следует предпринимать все меры для смягчения остроты такого неравенства, поддержки бесплатных или недорогих видов активности (таких, как

ходьба пешком, велосипедные прогулки), улучшение условий для физической активности.

Возможные направления вмешательств с целью развития физической активности среди детей и подростков:

Городское планирование

Существует тесная связь между физической активностью и характером окружающей среды (городской планировкой, доступом к зеленым зонам и открытым пространствам) [374]. Выявлено, что такие характеристики, как эстетическая привлекательность, удобство и доступность, коррелируют с более высокой вероятностью физической активности. Люди, в большей степени удовлетворенные условиями для пешеходного движения (тротуары, проходы), при удобном расположении магазинов, парков и т.п., достоверно чаще предпочитают добираться пешком до необходимых мест [375]. Поэтому необходимо подчеркивать в государственной жилищной политике и стратегиях важность благоустройства жилых кварталов, для чего добиваться, чтобы окружающая среда вокруг зданий была безопасной и пригодной для пешеходов.

Транспорт

Транспортная система способна оказывать значительное влияние на возможности для физической активности, содействуя пешеходному и велосипедному движению и помогая людям добираться до мест активного отдыха. Расширение физически активного способа передвижения, можно обеспечить, например, путем организации надлежащей инфраструктуры для езды на велосипеде и ходьбы. При этом опыт проведения широкомасштабных программ по развитию велосипедного транспорта, например, в Дании и Норвегии, показывает, что можно увеличить объем велосипедного движения без повышения уровня дорожно-транспортного травматизма [376]. Для этого также необходимо работать со специалистами по городскому планированию и добиваться того, чтобы предприятия сферы обслуживания, места работы и отдыха находились в пределах расстояний, которые можно легко пройти пешком или проехать на велосипеде.

Инфраструктура для активного отдыха и спортивных занятий

Необходимо формирование рациональной системы физкультурно-оздоровительных комплексов на дворовых территориях, реконструкция существующих и строительство новых спортивных площадок (в том числе футбольных, баскетбольных и волейбольных), кортов для тенниса и бадминтона, хоккейных коробок, беговых и велосипедных дорожек, сооружение из быстровозводимых металлических и прочих конструкций универсальных спортивных снарядов для детей и взрослых.

Привлечение школьных ресурсов

Школы располагают большими возможностями для развития физической активности за счет:

- повышения уровня школьного физического воспитания и содействия физической активности школьников (например, отведение большего времени на уроки физического воспитания (при этом на уроках дети не должны бегать и т.д. за оценку), создание благоприятных условий для того, чтобы дети добирались до школы пешком или на велосипеде);
- просветительной работы с детьми на темы о пользе физической активности, о целесообразности тратить меньше времени на малоподвижные виды досуга (телевидение, видео- и компьютерные игры) и о потенциальном негативном влиянии сидячего образа жизни;
- предоставления возможности пользоваться школьными спортивными сооружениями (школьными стадионами, физкультурными залами, бассейнами, местами для переодевания) вне часов школьных занятий;
- повышения уровня внешкольных мероприятий.

• Меры, направленные на снижение психических расстройств среди детей и подростков, в том числе самоповреждений и самоубийств

Наблюдается постоянный рост показателей заболеваемости и смертности в связи с проблемами психического здоровья. Бремя психических расстройств и нарушений обычно недооценивается. Подростковый возраст – это особо уязвимый период, когда повышается частота самоубийств и самоповреждений. В России отмечен один из самых высоких показателей суицидов среди молодых людей в мире.

Наглядно продемонстрировано, что специфические вмешательства, нацеленные на повышение сопротивляемости детей и подростков путем воспитания, раннего вмешательства и программ для детей с риском развития психических расстройств (например, имеющих психически больного родителя, переживших его потерю или разрушение семьи), улучшают состояние психического здоровья, ослабляют депрессивные симптомы и снижают частоту случаев развития депрессивных расстройств. Рассмотрим несколько примеров эффективных программ, нацеленных на предупреждение психических расстройств среди детей и подростков:

Патронажные посещения женщин во время беременности и детей раннего младенческого возраста

Программа патронажных посещений на дому женщин во время беременности и детей раннего младенческого возраста [377,378,379]

оказывает благоприятное воздействие, как на матерей, так и на новорожденных, способствует сохранению их психического здоровья в краткосрочной и долгосрочной перспективе [380]. Результатом стало увеличение массы тела при рождении почти на 400 г, сокращение случаев преждевременных родов на 75%, улучшение психического здоровья у матерей и их детей, снижение показателя использования служб системы здравоохранения, уменьшение случаев жестокого обращения с ребенком со стороны матери. При этом трудоустройство среди женщин возросло на 82%, а рождение второго ребенка откладывалось более чем на 12 месяцев. При достижении детьми 15-летнего возраста среди них на 56% реже отмечались проблемы, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, на столько же уменьшилось количество арестов, на 81% сократилось количество судимостей.

Дополнительное питание и развитие

Доказано, что улучшение питания и развития детей, особенно живущих в неблагоприятных социально-экономических условиях, способствует нормальному развитию когнитивных функций, улучшает успеваемость и снижает риск ухудшения состояния психического здоровья. Наиболее эффективными считаются программы, предусматривающие дополнительное питание, контроль развития и содействие ему. Эти модели комбинируют обеспечение питанием (например, пищевые добавки) с психологическим консультированием и психосоциальной помощью (например, доброжелательное отношение, внимательное выслушивание и т.п.) [381,382].

В проекте «Перри» (Perry Preschool Project) дети в возрасте от 3 до 5 лет, проживающие в неблагоприятных экономических обстоятельствах, были вовлечены в программу раннего развития. Наблюдение за этими детьми в дальнейшем позволило установить, что к возрасту 27 лет по сравнению с контрольной группой они имели более высокое образование, работу, дом, состояли в браке, имели меньше криминальных проблем и подростковых беременностей, и со значительно меньшей вероятностью были подвержены психическим расстройствам. При этом, согласно оценкам, расходы на одного ребенка, равные 1000\$ США, были компенсированы 7-8-кратной прибылью, полученной от реализации данной программы за счет увеличения налоговых поступлений, снижения расходов на социальное обеспечение, систему правосудия и т.п. [383,384].

Программы для семей, где родители страдают психическими расстройствами

Программы, предотвращающие передачу психических расстройств от одного поколения другому, нацелены, например, на расширение объема знаний у членов семьи о заболевании, повышение психосоциальной

устойчивости у детей, улучшение взаимодействия между родителями и ребенком, улучшение психологического климата в семье. Некоторые программы действуют на ранней стадии жизни детей, другие в течение всего периода детства и ранней юности или сосредотачиваются непосредственно на детях, подверженных риску. Например, патронажные посещения на дому в течение первого года после рождения ребенка с целью улучшения взаимодействия между ним и родителями на ранней стадии; школьные программы, нацеленные на выявление и работу с детьми и родителями с тревожными симптомами; когнитивно-ориентированные групповые программы для подростков с депрессивными родителями. До сих пор проведено очень мало исследований по изучению результатов подобных программ, хотя некоторые из них представляются весьма перспективными. Например, исследование эффективности программы, ориентированной на улучшение когнитивного функционирования участников группы, показало уменьшение количества новых случаев депрессивного расстройства и рецидивов с 25% в контрольной группе до 8% в группе участников профилактической программы в течение первого года после вмешательства и с 31% до 21% соответственно в течение второго года наблюдения [385].

Обучение родителей

Программы обучения родителей умению ладить с детьми также продемонстрировали значимые профилактические эффекты. Примером служит программа «Невероятные годы» (Incredible Years Series), предусматривающая поведенческое вмешательство, усиливающее положительные взаимодействия между ребенком и родителем, повышающее качество навыков решения проблем и социального функционирования, а также смягчающее нарушение поведения дома и в школе [386,387]. В процессе реализации программы используются методы моделирования с использованием видеозаписей, которые демонстрируют различные примеры взаимодействия между родителями и детьми, сопровождаемые обсуждением и моделированием поведения.

Школьные программы

Школьные программы также могут способствовать сохранению и улучшению состояния психического здоровья детей и подростков. Некоторые из них при комплексном подходе в течение ряда лет могут проводиться во всей школе, тогда как другие нацелены только на часть учащихся (например, детей в одном классе или на специфическую группу детей с установленным риском). В результате внедрения подобных программ улучшается успеваемость учащихся, повышается качество навыков решения проблем и уровень социальной компетентности, улучшается самооценка, а также уменьшаются симптомы депрессии,

тревоги, снижается употребление психоактивных веществ, число правонарушений.

Можно выделить три типа школьных программ. К первому относятся программы тренинга навыков (например, программы «PATHS» (Providing Alternative Thinking Strategies), «I Can Problem Solve»), которые значительно улучшают познавательные способности, эмоциональную осведомленность и навыки решения проблем, способствуют 50%-му сокращению депрессивных симптомов [388]. Доказано, что в средних и старших классах подобные программы позволяют предотвращать не только психические расстройства среди детей, но и потребление психоактивных веществ.

Программы изменения школьной среды (например, проект «STEP» (School Transitional Environment Project) [389]), пересматривающие роль преподавателей и школы в целом, влияют на психологический климат в классе (например, посредством «игры в хорошее поведение» (Good Behaviour Game) [390]) или во всей школе (Программа предотвращения хулиганства (Bullying Prevention Programme) [391]), способствуют сокращению прогулов, уменьшению количества «отсевшихся» учеников, улучшению представления учащихся о себе и повышению успеваемости. Многие школьные программы подразумевают участие родителей. Многокомпонентные программы, сосредоточенные одновременно на различных уровнях (например, изменение школьной среды, тренинг индивидуальных навыков учащихся и вовлечение родителей) более эффективны, чем те, которые действуют исключительно на одном уровне [392]. Например, в программу «PATHE» (Promoting Action Through Holistic Education) вовлечены одновременно родители, учителя и учащиеся. Проект «Быстрый путь» (FAST Track) предполагает обучение родителей, посещение учащихся учителями на дому, индивидуальные занятия, тренинг социальных навыков [393].

Программы для детей разведенных родителей

Эффективны программы для детей разведенных родителей: одни из них нацелены на работу с детьми, другие – с родителями. Школьные программы для детей разведенных родителей (например, «Группа поддержки детей» (Children's Support Group)) предусматривают обучение навыкам совладания (контроль гнева, навыки решения проблем, коммуникативные навыки) и оказание социальной поддержки. В результате этих программ снижается депрессивная симптоматика и нарушение поведения [394,395]. Программы, ориентированные на родителей, направлены на улучшение навыков воспитания и совладания с эмоциональными реакциями у родителей, связанными с разводом, повышают качество отношений «родитель-ребенок» и смягчают

нарушения у детей. Так, шестилетнее исследование позволило выявить значительное снижение психических расстройств в результате внедрения программы, нацеленной на работу одновременно с детьми и их матерями: в экспериментальной группе распространенность диагностированных психических расстройств среди подростков составляла 11% по сравнению с 23,5% в контрольной группе [396].

• **Предупреждение нежелательной беременности, профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ**

Большинство молодых людей начинают вести активную половую жизнь в подростковом возрасте. Сексуальная активность сопровождается риском заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ и гепатит В, а также беременности.

Усилия должны быть направлены, главным образом, на программы, ориентирующие на более позднее начало сексуальной жизни. Сокращение числа сексуальных партнеров, а также расширение доступа к всесторонним профилактическим услугам имеют решающее значение для сексуально активных молодых людей. Важная роль отводится пропаганде традиционных нравственных ценностей общества (идеи семьи, брака, супружеской верности, целомудрия).

Необходимо бороться на разных уровнях с принуждением к сексу среди детей и подростков. Должны быть приняты и значительно усилены законы, требующие серьезного наказания за такие преступления. Кроме того, необходимо мобилизовать общественное мнение, совершенно нетерпимое к ним. Женщины, девушки и дети должны быть защищены от сексуального домогательства и принуждения.

Программы необходимо также сфокусировать на профилактике и раннем вмешательстве в случае других рискованных для здоровья форм поведения, таких как употребление инъекционных наркотиков и других веществ. Необходимы доступные и надлежащие службы по тестированию ВИЧ среди молодых людей. Для молодых людей с ВИЧ необходимы службы по лечению, уходу, поддержке и позитивной профилактике.

• **Совершенствование механизмов организации условий учебы в образовательных учреждениях, способствующих физическому и психосоциальному благополучию**

Наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей происходит в возрасте от 7 до 17 лет, то есть в период обучения в различных образовательных учреждениях. В структуре заболеваемости детей и подростков выделяют ряд патологий, тесно связанных с факторами образовательной среды. Существенное влияние на здоровье детей

оказывают нарушения гигиенических требований к режиму учебно-воспитательного процесса (повышенная учебная нагрузка и интенсификация образовательного процесса). Это способствует развитию и росту нервно-психических расстройств, хронического утомления, вегетативно-сосудистых нарушений, нейроциркуляторных дистоний у учащихся. Неудовлетворительные показатели уровней освещенности в образовательных учреждениях в совокупности с высокой учебной нагрузкой и использованием технических средств обучения способствуют ухудшению зрения школьников. При анализе показателей остроты зрения учеников первого и выпускного классов выявлено, что за период обучения число школьников, имеющих миопию, увеличивается в 2 и более раз [397]. Неудовлетворительная обеспеченность детских и подростковых учреждений мебелью, соответствующей росту-возрастным особенностям учащихся, создает условия для формирования нарушений осанки, сколиозов. Одной из основных проблем является отсутствие медицинских кабинетов в образовательных учреждениях, недостаточное их оснащение, некомплектованность медицинскими работниками. Из-за недостатка квалифицированных специалистов профилактические медицинские осмотры детей проводятся только в первом и выпускном классах. Не разрабатываются мероприятия по комплексному оздоровлению и диспансеризации детей по результатам проведенных профилактических медицинских осмотров школьников. В связи с этим, необходимо:

Ввести в состав образовательных учреждений штатную должность врача (педиатра), который, в первую очередь, должен осуществлять профилактическую работу: наблюдать за физическим развитием детей, оценивать состояние их здоровья, ежегодно проводить углубленные профилактические осмотры. Кроме этого, школьный врач должен осуществлять наблюдение за соблюдением санитарно-гигиенических условий в образовательных учреждениях; контролировать учебно-воспитательный процесс (составление расписания, режима занятий, вакцинопрофилактику, физическое воспитание) и т.п. Необходимо установить тесное взаимодействие школьного врача с учреждениями здравоохранения, родителями, педагогическим составом. Каждый учитель, работающий с детьми, должен быть хорошо информирован о состоянии здоровья конкретных учеников и использовать эту информацию при организации индивидуальной и дифференцированной работы с учащимся.

Пересмотреть системы и содержание образования, соотнести его с психологическими возможностями детей

Необходимо перейти к европейской системе общения, когда ученику позволено все, что не мешает уроку, например, ходить по классу;

ограничить количество учеников 15-20-ю, что обеспечит нормальный контакт между преподавателями и детьми, снизит утомляемость школьников; пересмотреть требования к максимально допустимым нагрузкам, оптимизировать учебную нагрузку за счет снижения аудиторной составляющей, не допускать превышения максимально допустимых часов аудиторных занятий, контролировать объемы домашних заданий (в то же время нельзя идти по пути формального уменьшения объема программного содержания предметов, а обратить внимание на ряд «предметов-паразитов» (москвоведение, граждановедение, экология, экономика, психология и т.п.), которые преподаются сегодня во многих школах).

Оснастить школьную среду соответствующим оборудованием

С учетом состояния здоровья школьников нужно пересмотреть требования к школьному зданию, классным помещениям, оборудованию, техническим средствам. Необходимо создать новые требования к оснащению кабинетов, физкультурных залов, обеспечить функционирование в каждом школьном дворе спортивной площадки, по возможности организовывать кабинеты релаксации, отдыха, психологической разгрузки.

Пересмотреть подготовку педагогических кадров

Одной из причин ухудшения здоровья детей школьного возраста является «авторитарное педагогическое насилие» [398]. Результаты опросов студентов медицинской академии свидетельствуют о том, что в период обучения в школе половина из них (52%) боялись учителей, треть (35%) подвергались унижению педагогами, а к 76% учителя относились несправедливо. Результатом таких взаимоотношений, согласно данным опроса, явилось ухудшение здоровья учащихся: у 67% школьников наблюдались невротические расстройства, у 53% угнетение настроения, у 23% – депрессивное состояние, у 14% – боли в животе, у 48% – головные боли, у 15% – обострения хронических заболеваний.

Поэтому, исходя из выше изложенного, необходимо пересмотреть подготовку педагогических кадров. Учителя должны отказаться от привычного авторитарного стиля преподавания. Терпимость, склонность к компромиссу, уважительное отношение к чужому мнению должны быть положены в основу образовательного процесса.

При этом необходимо отметить, что важной составляющей формирования здоровой среды в школе является достойная оплата учительского труда.

И, наконец, нужна продуманная и последовательная ***молодежная политика***. Грамотный подход к образованию и воспитанию молодежи, нацеленный на перспективу, а не являющийся лишь реакцией на

«раздражители» сегодняшнего дня, обеспечит благополучие государства в будущем.

Использование комплексного подхода позволит сохранить состояние здоровья детей и подростков как основного потенциала (интеллектуального, трудового, оборонного, репродуктивного) российского общества. От этого зависит результат, цена которого – будущее России. Власть должна понять, что дети являются национальным достоянием, высшей ценностью государства. И поэтому оно должно взять на себя большую долю финансовых затрат на воспитание здорового подрастающего поколения. На детях нельзя экономить!

