

## ВОПРОСЫ ШКОЛЬНОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ НА 7-м КОНГРЕССЕ EUROPAEDIATRICS «ОБУЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦ»

Соколова С.Б.

**ФГБУ «Научный центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия**

**Контактная информация:** Соколова Светлана Борисовна. E-mail: s-s-b@mail.ru

---

Представлены уровень и структура смертности, заболеваемости, тенденции в распространенности рискованного поведения среди детей и подростков Европейского региона. Освещены актуальные вопросы здоровья подростков и оказания медицинской помощи им.

**Ключевые слова:** здоровье детей и подростков Европейского региона; смертность; заболеваемость; рискованное поведение; подростковая медицина

## PROBLEMS OF SCHOOL AND UNIVERSITY MEDICINE AT THE 7th CONGRESS OF EUROPAEDIATRICS «LEARNING WITHOUT BORDERS»

S. Sokolova

Scientific Center of Children's Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Contact:** Svetlana Sokolova. E-mail: s-s-b@mail.ru

Child mortality rate and structure, morbidity, trends in the prevalence of risk behaviors among children and adolescents in the European Region are presented. It is highlighted the current issues of adolescent's health and care.

**Keywords:** health of children and adolescents in the European Region; mortality; morbidity; risk behavior; adolescent medicine

---

7-й Конгресс Europaediatrics «Обучение без границ» прошел 13–16 мая 2015 года во Флоренции. На Конгрессе отмечалось, что рождаемость в странах Евросоюза падает, уменьшается численность детского населения. По сравнению с численностью детского населения количество подростков становится больше: от 0 до 14 лет – 15,6%, от 15 до 29 лет – 18,7%, от 10 до 19 лет – 19,1%.

За последние 30 лет в Европейском регионе достигнуты значительные успехи в снижении младенческой смертности и смертности среди детей в возрасте от 0 до 5 лет. Эти показатели различны в разных европейских странах, а также внутри одной страны. В Южной Европе детская смертность выше, чем в Северной. Наиболее высокие показатели отмечаются в Румынии, наиболее низкие – в Швеции. Причинами таких различий является неравенство стран в национальном благосостоянии (ВВП), уровне доходов, доступе к высококачественной медицинской помощи, доле и виде социальной поддержки. При равной доле вид социальной поддержки может различаться. Например, в Ирландии и Дании

имеется высокий уровень поддержки семей с детьми, но в Ирландии эта поддержка выражается в выдаче денежных пособий, тогда как в Дании – преимущественно в виде социальных услуг [1].

Большая доля детей в Европе живет в бедности и материальной депривации – дети, живущие в семье с одним родителем или с родителями, имеющими низкий образовательный уровень, дети из семей с безработными родителями или из семей мигрантов (табл. 1).

За последние 50 лет в странах Европы изменились причины смертности среди детей в возрасте от 1 года до 14 лет: уменьшается доля смертей в связи с инфекционными и паразитарными болезнями, болезнями органов дыхания и пищеварения; увеличивается доля смертей от злокачественных новообразований (табл. 2).

По сравнению с 60-ми годами прошлого столетия смертность среди детей в возрасте от 0 до 14 лет снизилась до 70%, среди подростков 15–19 лет – на 20%. В связи со снижением смертности в течение первых десяти лет жизни во многих странах с высоким и средним уровнем

доходов смертность во втором десятилетии жизни выше, чем в первом десятилетии. Смертность у юношей выше, чем у девушек, и у подростков более старшего возраста (15–19 лет) выше, чем

в более младшей группе (10–14 лет). Ведущие причины смерти среди детей и подростков Западной Европы представлены в таблице 3. На Конгрессе отмечалось, что смертность детей

Таблица 1

Доля детей, живущих в бедности или социальной изоляции (%)

Страна или регион	Дети в возрасте от 0 до 17 лет	Взрослое население в возрасте от 18 до 64 лет	Взрослое население в возрасте 65 лет и старше
Страны Европейского союза (27)	27	24,3	20,5
Австрия	19,2	16,2	17,1
Дания	16	20,5	16,6
Финляндия	16,1	18	19,8
Германия	19,9	21,3	15,3
Италия	32,3	28,4	24,2
Швеция	15,9	15,4	18,6
Великобритания	26,9	21,4	22,7

Источник: Eurostat, 2013 [2]

Таблица 2

Уровень и структура причин смертности детей в возрасте 1–14 лет в Европейских странах, 1960–2010 гг. (%)

Причины смерти	Годы					
	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Инфекционные и паразитарные болезни	10	7	5	3	5	4
Болезни органов дыхания	16	12	7	5	4	5
Болезни органов пищеварения	11	4	2	1	1	2
Болезни системы кровообращения	3	3	4	5	6	5
Злокачественные новообразования	11	14	15	16	20	22
Травмы и отравления	24	35	39	36	31	25
Другое	24	35	39	36	31	25

Источник: Wolfe, I. et al, 2013 [1]

Таблица 3

Ведущие причины смерти среди детей и подростков Западной Европы

Возраст	Ранг	Причина смерти
1–4 года	1	Врожденные аномалии
	2	Транспортные травмы
	3	Утопление
	4	Лейкемия
	5	Рак мозга
5–9 лет	1	Рак мозга
	2	Транспортные травмы
	3	Лейкемия
	4	Врожденные аномалии
	5	Утопление
10–14 лет	1	Транспортные травмы
	2	Рак мозга
	3	Лейкемия
	4	Врожденные аномалии
	5	Самоповреждения
15–19 лет	1	Транспортные травмы
	2	Самоповреждения
	3	Лейкемия
	4	Расстройства, вызванные употреблением ПАВ
	5	Врожденные аномалии

Источник: Health Metrics and Evaluation, 2012 [3]

и подростков по основным причинам смерти предотвратима.

Заболеваемость среди детского населения меняется, возрастает значимость неинфекционных заболеваний, хронических состояний. В структуре заболеваемости детей в Западной Европе в возрасте от 0 до 14 лет инфекционные и паразитарные болезни составляют 11%, травмы, отравления и другие последствия внешних причин – 10%, неинфекционные болезни – 79%, из них 24% приходится на нервно-психические болезни (в основном депрессии), 18% – врожденные пороки, 12% – болезни костно-мышечной системы, 10% – болезни органов дыхания (в основном бронхиальная астма), 8% – нарушения иммунитета, 28% – другие. В течение последних десятилетий снижается количество инфекционных заболеваний и возрастает доля хронических заболеваний и нарушений, что связывают с улучшением диагностики (табл. 4). 15–18% детского населения Европы имеют хронические заболевания. Увеличивается доля детей и подростков с несколькими хроническими заболеваниями.

На Конгрессе отмечалось, что в настоящее время более пристальное внимание следует уделять недопущению тех видов поведения, которые создают риск для здоровья, чем причинам смерти детей и подростков.

Среди девушек в Западной Европе увеличилась распространенность табакокурения. Новым вызовом является электронная сигарета (E-cigarette). С 2011 года возросло их использование среди подростков в 3 раза [5].

Употребление алкоголя в странах Евросоюза увеличивается, составляя 12,5 л на душу населения в год в Восточной Европе, 10,0 л – в Западной Европе, но страны значительно отличаются друг от друга.

Раннее начало половой жизни может привести к подростковой беременности и заболеваниям, передающимся половым путем (ЗППП). В целом возраст начала половой жизни снижается в странах Европы, что приводит к распространенности ЗППП (особенно хламидиоза и гонореи) среди подростков. В разных странах доля детей, сообщающих о половых контактах, значительно варьируется. Например, в Армении половые связи имели 2% 15-летних девушек, в Гренландии – 71% девушек [6].

Использование электронных средств связи (ЭСС) становится повсеместным занятием у детей и подростков. Помимо пользы это может быть и фактором риска – кибербуллинг, чрезмерное проведение времени за ЭСС. 85% подростков и молодежи 16–24 лет отмечали, что используют Интернет для общения в социальных сетях, и 40–45% – для образовательных целей.

Таблица 4

Тенденции в заболеваемости среди детей в странах ЕС

Группы болезней и нарушений	Первичная заболеваемость (I) и распространенность (P)	Временной тренд	Комментарии
Перинатальные состояния, включая низкую массу тела и недоношенность	4-11% (<2500г) (I)	увеличение	Реальное увеличение в большинстве стран
Инфекционные болезни	не применимо	снижение	Реальное снижение во всех странах
Врожденные пороки развития	2 на 100 рожденных (I)	увеличение или снижение в зависимости от вида	
Ожирение	33%	увеличение	Реальное увеличение в течение последних 20 лет
Неврологические расстройства	4-5% (P)	увеличение	Увеличение из-за расширенных и усовершенствованных диагностических критериев
Психические расстройства	12-16% (P)	увеличение	Увеличение из-за расширенных и усовершенствованных диагностических критериев
Рак	14 на 100 тыс. (0-14) (I)	увеличение	Реальное увеличение во всех странах
Травмы	не применимо	снижение	Реальное снижение во всех странах

Источник: Cattaneo et al., 2012 [4]

На Конгрессе уделялось пристальное внимание подросткам. Подростковый возраст является важнейшим в развитии человека. Стремительные биологические и психосоциальные изменения, которые происходят в течение второго десятилетия, отражаются на всех аспектах жизни подростков. Эти изменения превращают подростковый возраст в период жизненного цикла, который уникален сам по себе, в важный период создания основ прочного здоровья во взрослом состоянии.

ООН относит к подросткам лиц в возрасте 10–19 лет. Современные подростки Европы отличаются от подростков 50-х годов прошлого века. В 50-х годах началом пубертатного возраста считался возраст 14 лет, в возрасте 18 лет большинство молодых людей женились, а в 20 лет – имели детей. Современная молодежь в 13,5 лет вступает в возраст пубертата, около 30 лет у них появляются первые дети и часто только после рождения ребенка они женятся. В связи с этим на Конгрессе ставился вопрос об увеличении подросткового возраста до 22–24 лет.

Медицинская помощь и внимание в странах мира в предыдущие годы были сфокусированы на детях. В Декларации тысячелетия, принятой на Генеральной Ассамблее ООН в 2000 году, целями развития тысячелетия [7], имеющими наибольшее значение в отношении сохранения и укрепления здоровья детей, были:

*цель 1* – ликвидация абсолютной бедности и голода, что для любого государства означает уменьшение числа детей с дефицитом массы тела;

*цель 4* – к концу 2015 года уровень смертности детей до 5 лет должен снизиться на  $\frac{2}{3}$  по отношению к показателям 1990 года;

*цель 5* – снижение показателя материнской смертности к концу 2015 года на  $\frac{3}{4}$  по отношению к исходному уровню 1990 года и достижение всеобщего доступа подростков к медицинским услугам в области репродуктивного здоровья;

*цель 6* – борьба с инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД, малярия, туберкулез) [8].

В данной Декларации практически не отражена озабоченность мировой общественности здоровьем подростков.

В 2014 году на Всемирной ассамблее здравоохранения во исполнение резолюции WHA64.28 от 2011 г. был представлен доклад «*Молодежь и риски для здоровья*». В докладе представлен

глобальный обзор здоровья подростков и поведения, влияющего на здоровье, с учетом последних данных и тенденций, а также обсуждались детерминанты, определяющие их здоровье и поведение. В докладе приводится точка зрения самих подростков об их медико-санитарных потребностях ([www.apps.who.int/adolescent/second-decade](http://www.apps.who.int/adolescent/second-decade)). Поясняется также, почему подростки нуждаются в особом внимании, отличающемся от внимания к детям и взрослым [9].

Инвестирование в заботу о здоровье и благополучии подростков объявлено решающим для достижения успехов в эпоху «Post-2015 Development».

Здоровье и развитии подростков отражается на состоянии здоровья в течение взрослой жизни и на здоровье и развитии следующего поколения. Подростковый период дает возможность устранить последствия проблем, возникших в течение первого десятилетия жизни. Например, меры, принимаемые в течение подросткового периода, могут уменьшить пагубное влияние пережитых в детстве насилия и злоупотреблений или недостаточного питания и помешать этим факторам нанести вред здоровью в будущем.

Изменения в подростковом периоде влияют на целый ряд заболеваний и связанное со здоровьем поведение. Они ответственны за происходящий в течение второго десятилетия жизни переход от инфекционных заболеваний к неинфекционным. Связанные со здоровьем поведение и состояния, которые лежат в основе основных неинфекционных заболеваний, обычно возникают или укрепляются в течение второго десятилетия: употребление табака и алкоголя, питание и физическая активность, излишний вес и ожирение. В течение второго десятилетия жизни особенно явно проявляются проблемы психического здоровья. В глобальном плане самоубийства выходят на третье место в числе причин смерти во время подросткового периода, а депрессия является основной причиной заболеваемости и инвалидности. Половина всех расстройств психического здоровья начинается с 14 лет, однако в большинстве случаев они проходят незамеченными и остаются неизлеченными, серьезно сказываясь на психическом здоровье в течение жизни.

Недавние успехи в понимании развития мозга подростков свидетельствуют о том, что области мозга, ответственные за поощрение, опережают в своем развитии те области, которые ответственны

за планирование и эмоциональный контроль. Известно, что мозг подростка имеет необыкновенные способности к изменению и адаптации. Это означает, что происходящие в подростковом возрасте экспериментирование, исследование и риск, которому они себя подвергают, больше относятся к норме, нежели к патологии.

Подростки относятся к одной из групп населения, которым существующие структуры здравоохранения оказывают наименее эффективные услуги. Службы здравоохранения в большей степени обращают внимание на проблемы, связанные с подростковой беременностью и ВИЧ/СПИД, а следует обращать внимание на всю совокупность потребностей подростков в области здоровья и развития.

На Конгрессе отмечалось, что курсы по подростковой медицине имеются в 48,3% медицинских вузов; 86% ординатур по педиатрии, 55% ординатур для врачей общей практике. Остро встает вопрос об обучении медработников подростковой медицине с тем, чтобы все медработники, заканчивая курс обучения, обладали знаниями о здоровье и развитии подростков и владели навыками применения этих знаний в клинической практике.

Одной из проблем, связанной с медицинской службой, является переход подростка из детской службы здравоохранения во взрослую. Евро-

пейские педиатры отмечают, что оптимальным возрастом перехода следует считать 16–19 лет, но подготовка к переходу должна быть начата за несколько лет ранее и наибольшее тщательное внимание при этом необходимо уделять подросткам с хроническими заболеваниями.

Эффективность поддержания здоровья и развития детей и подростков зависит от уровня межсекторального взаимодействия. Стратегиями по снижению рисков и профилактике нарушений здоровья детей и подростков являются:

- на национальном уровне – максимальный охват, улучшение системы здравоохранения в каждой стране, улучшение качества исследований, представление и распространение результатов;
- на государственном уровне – создание, внедрение и распространение широкомаштабных программ по улучшению состояния здоровья детей и подростков;
- на общественном уровне – учет культуральных и языковых особенностей при создании и внедрении школьных и молодежных программ сохранения и укрепления здоровья;
- на семейном/индивидуальном уровне – укрепление здоровья и профилактика заболеваний, развитие служб, дружественных к детям и подросткам, персональное развитие навыков и умений по сохранению и укреплению здоровья.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Wolfe I. et al. Health services for children in western Europe. *The Lancet*. 2013; 381 (9873): 1224-34.
2. Children at risk of poverty or social exclusion. *Statistics in Focus 4/2013*. European Commission, Eurostat. Available at: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Children\\_at\\_risk\\_of\\_poverty\\_or\\_social\\_exclusion](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Children_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion).
3. Health Metrics and Evaluation Global Burden of Disease 2010: leading causes and risks by region heat map. Available at: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-2010-leading-causes-and-risks-region-heat-map>.
4. Cattaneo, A. et al. (2012) *Child health in the European Union*. Luxemburg: European Commission.
5. Currie, C. et al. (eds) (2012) *Health Policy for Children and Adolescents, No 6. Social determinants of health and well-being among young people*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. International Report from the 2009-10 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
6. WHO Regional Office for Europe (2014) *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
7. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций (резолюция 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года) Available at: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/summitdecl.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml)
8. Доклад Молодежь и риски для здоровья Всемирной ассамблеи здравоохранения во исполнение резолюции WHA64.28 от 2011 г. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_25-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-ru.pdf)
9. The eight Millennium Development Goals (MDGs) Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals>