

СМЕРТНОСТЬ ПОДРОСТКОВ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Москва 2010

СМЕРТНОСТЬ

ПОДРОСТКОВ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Москва – 2010

Работа выполнена в Научном Центре здоровья детей РАМН
по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации.

Авторский коллектив:

Альбицкий В.Ю. – доктор медицинских наук, профессор

Иванова А.Е. – доктор экономических наук, профессор

Ильин А.Г. – доктор медицинских наук

Терлецкая Р.Н. – доктор медицинских наук

Содержание данного исследования не может рассматриваться как
официальная политика или взгляды ЮНИСЕФ.

ISBN 978-5-903263-20-2

ООО «БЭСТ-принт»

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
I. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ	5
1.1. Уровень смертности российских подростков в сравнении с зарубежными показателями	5
1.2. Вопросы обороны, трудовые резервы	7
II. ТЕНДЕНЦИИ И ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. (1980–2006 ГОДЫ)	9
2.1. Потери за счет смертности российских подростков и их динамика	9
2.2. Причины смертности подростков	12
2.3. Неточно обозначенные состояния.....	14
2.4. Травмы и отравления	16
2.5. Региональные особенности смертности	22
III. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ	36
3.1. Медико-социальные проблемы бедности	36
3.2. Беспризорность и безнадзорность	38
3.3. Наркомания и токсикомания у подростков.....	39
3.4. Суицидальное поведение подростков	40
3.5. Травматизм у подростков	41
IV. РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ В РОССИИ	43
4.1. Содержание проблемы и обоснование необходимости её решения программными методами	43
4.2. Основные направления по профилактике смертности подростков	44
4.3. Роль медицинской помощи подросткам	45
4.4. Проблемы медико-социальной помощи подросткам.....	46
4.5. Профилактика любых видов травматизма	47
4.6. Создание эффективной системы оказания медицинской помощи детям при неотложных состояниях на всех этапах	48
4.7. Предотвращение формирования суицидального поведения у подростков.....	48
4.8. Профилактика употребления подростками психоактивных веществ	49
4.9. Основные направления медико-социальной помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации	51
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	53
ПРИЛОЖЕНИЕ	56

ВВЕДЕНИЕ

Состояние здоровья и развитие общества во многом определяется уровнем популяционного здоровья подростков, которые оказывают значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал. В Российской Федерации в 2009 году по предварительным данным насчитывалось 9 260 943 подростка в возрасте 15–19 лет, что составляет 6,5% к общему числу жителей страны¹.

Для любой страны смертность населения подросткового возраста является актуальной социально-демографической проблемой, а ее тенденции, причины и возрастно-половая специфика являются объектом пристального изучения. В Российской Федерации это, прежде всего, связано с устойчивостью сложившейся кризисной демографической ситуации, уменьшением численности населения и его плотности (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2007).

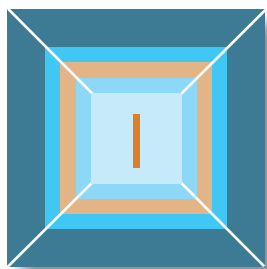
Актуальность проблемы смертности подростков определяется не столько ее масштабами, сколько крайне ранним возрастом, в котором наступила смерть. Так, например, в течение 2009 г. умерло 8667 человек (6038 юношей и 2629 девушек). Среди всех умерших на данный возраст падало всего 0,42%. Но при этом следует учитывать, что смерть в подростковом возрасте оборачивается весомой потерей непрожитой (что важно в общечеловеческом аспекте) и, соответственно, непроработанной (что важно в экономическом аспекте) практически всей жизни. Именно явная преждевременность смертей в 15–19 лет и обуславливает существенный масштаб потерь. Согласно международно принятому критерию ПППЖ (потерянные годы потенциальной жизни), потери в 2006 г. составили 666 тыс. человеко-лет (479 тыс. человеко-лет в мужской и 187 тыс. человеко-лет в женской популяции). В 2007 г. потери лет потенциальной жизни из-за смертности в подростковом возрасте составили 607 тыс. человеко-лет.

Цель настоящего исследования – проанализировать основные тенденции и ведущие причины смертности подростков в Российской Федерации, дать характеристику факторам, оказывающим наиболее выраженное влияние на уровень подростковой смертности, и на этой основе выявить резервы и предложить меры по снижению смертности лиц подросткового возраста.

Учитывая, что в становлении и развитии России географический и региональный фактор всегда играл определяющую роль, специальный раздел исследования посвящен изучению региональных особенностей смертности подростков.

Результаты исследования могут быть полезными менеджерам систем общественного здравоохранения и социальной защиты населения, ученым и практикам, работающим в области охраны здоровья детей.

¹ Демографический ежегодник России. 2009 // М: Статистический сборник Росстата, 2009.– С.39.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ

1.1. Уровень смертности российских подростков в сравнении с зарубежными показателями

В последние 5 лет смертность российских подростков в возрасте 15–19 лет находилась в пределах 108–120 на 100 000 населения данного возраста. Этот показатель в 3–5 раз выше, чем в большинстве стран Европейского региона. Данные о частоте и структуре основных причин смертности российских подростков представлены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень и структура основных причин смертности населения в возрасте 15–19 лет в Российской Федерации, 2008 г.

ПРИЧИНЫ	На 100 000 населения в возрасте 15–19 лет	В % к итогу
Новообразования	5,7	5,4
Болезни нервной системы	3,0	2,8
Болезни системы кровообращения	5,7	5,4
Болезни органов дыхания	2,2	2,1
Неточно обозначенные состояния	4,2	4,0
Травмы и отравления	78,6	74,4
Прочие причины	6,2	5,9
Всего	105,6	100,0

В подростковом возрасте важнейшей причиной смерти являются несчастные случаи. Показатели смертности от внешних причин среди 15–19-летних уменьшились в большинстве европейских стран. В новых независимых государствах они выровнялись где-то на уровне 28–29 на 100 000 населения².

Каждая четвертая смерть среди подростков в Европейском регионе связана с алкоголем. Это – один из причинных факторов гибели 55 000 подростков каждый год. По-видимому, снижается возрастная планка экспериментирования с алкоголем. Свыше половины 11-летних детей в большинстве стран сообщают о том, что они уже пробовали спиртные напитки. Хотя между странами и наблюдаются существенные различия в величине этого по-

² <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0203r.pdf>

казателя, обнаружить какой-либо четкой субрегиональной или географической тенденции не удастся. К 13 годам число попробовавших алкоголь выше среди мальчиков, чем среди девочек, однако к 15 годам это различие практически стирается. Большую обеспокоенность вызывают показатели сообщаемых случаев опьянения. Так, до 67% 15-летних подростков сообщают, что они были пьяными по крайней мере два раза. Во всех обследованных странах показатели достижения состояния опьянения выше среди мальчиков по сравнению с девочками независимо от возрастной группы. Злоупотребление алкоголем может быть как симптомом, так и причиной проблем психического характера. Оно часто ассоциируется с насилием среди молодежи и является существенным стрессогенным фактором на уровне семей и местных сообществ³.

В Европейском регионе в целом постоянно растут показатели заболеваемости и смертности, связанной с проблемами психического здоровья. Важными причинными факторами являются, в частности, стрессы, депрессия и сформировавшаяся зависимость. Разрушение традиционных социальных и семейных структур, особенно в странах, переживающих серьезные социальные, политические и экономические перемены, также способствует повышению уровней психических болезней. В настоящее время от 10% до 20% детей страдают от одной или нескольких проблем психического или поведенческого характера. Исторически повышение частоты самоубийств, как правило, ассоциировалось с возрастом. Однако в последнее время в ряде стран был отмечен вторичный пик этого показателя в возрастной группе 15–24 года. Самоубийства, показатели которых особенно возрастают среди молодых мужчин, часто связаны с депрессией. Гендерные различия также играют свою роль. В частности, молодые мужчины более, чем женщины, предрасположены к самоубийствам. В европейских странах отмечаются одни из самых высоких показателей самоубийств в мире, однако между странами Региона наблюдаются весьма существенные различия⁴.

Средний показатель самоубийств среди 15–19-летних в 90 странах (местностях), основанный на данных за разные годы и для разных стран, составил 7,4 на 100000 (10,5 для индивидов мужского пола и 4,1 – для женского). В 13 странах показатели самоубийств в 1,5 раза и более превышали средний, среди них Шри-Ланка с самым высоким показателем, далее – Литва, Россия и Казахстан. В 24 странах показатели были выше среднего, но меньше чем в 1,5 раза, среди этих стран Норвегия, Канада, Латвия, Австрия, Финляндия, Бельгия и США. Возможно, более низкие показатели самоубийств в европейских странах (хотя в этом регионе они также широко варьируют в разных странах) обусловлены, помимо влияния психосоциальных и культуральных факторов, и тем, что врачи осознают важность адекватного лечения психических расстройств, психосоциальные проблемы решаются и предпринимаются попытки устранить вредное воздействие стресса. Однако это не относится ко всему европейскому региону, поскольку в странах с переходной экономикой показатели самоубийств как среди взрослых, так и среди подростков очень высокие⁵.

По уровню самоубийств среди подростков Россия на первом месте в мире – средний показатель самоубийств среди населения подросткового возраста более чем в 3 раза превышает средний показатель в мире (Wasserman D., 2005). И эти страшные цифры не учитывают случаев попыток к самоубийству.

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что для молодых людей характерны депрессии, высокий уровень тревожности, агрессии (Вроно Е.М., 1999; Белозер-

³ Там же

⁴ Там же

⁵ <http://www.psyobsor.org/1998/26/3-1.php>

цева И., 2002; Fombonne E., 2001). Но если в развитых западных странах уровень депрессии подростков не превышает 5%, то в России – около 20%. Мысль о самоубийстве появляется в голове у 45% российских девушек и у 27% юношей.

Ежегодно около 14 млн. женщин и девушек в возрасте 15–19 лет – и состоящих в браке и незамужних – рождает детей. Для этой возрастной группы осложнения во время беременности и родов являются главной причиной смертности, а большая доля случаев приходится на небезопасные аборты. Ситуация обстоит еще более рискованно для девочек в возрасте до 15 лет⁶.

Каждые 14 секунд происходит одно заражение ВИЧ среди молодежи, на долю которой (все чаще и чаще – это женщины) приходится почти половина всех новых случаев инфицирования ВИЧ в мире⁷.

Сексуальное насилие и торговля людьми ломают жизни женщин и девочек во всем мире. Согласно отчету о результатах социологического опроса о половой жизни молодежи, который был проведен в 2002 году при технической и финансовой поддержке ЮНФПА, 9,4% молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет однажды подвергались сексуальному насилию⁸.

Состояние здоровья российских подростков существенно хуже, чем у их сверстников в других странах. Об этом свидетельствуют данные самооценки здоровья 15-летних юношей и девушек. Так, считают себя здоровыми:

- в Швейцарии – 93%
- во Франции – 55%
- в Германии – 40%
- в России – 28% опрошенных юношей и девушек⁹.

1.2. Вопросы обороны, трудовые резервы

Потери жизни в подростковом возрасте сказываются на уровне средней продолжительности жизни, уменьшении числа лиц активного трудоспособного возраста и связанных с этим экономических потерях общества и государства (Баранов А.А., 2009).

В материалах Комиссии по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации (1998) указывается, что современный уровень смертности населения, особенно среди несовершеннолетних, представляет угрозу национальной безопасности России, перспективам её дальнейшего успешного развития.

Социальными последствиями преждевременной смертности для государства являются снижение числа молодёжи призывного возраста и сокращение мобилизационного потенциала. В ближайшие 10–15 лет снижение численности подростков в связи с вступлением в этот возраст лиц, родившихся в годы с наименьшим коэффициентом рождаемости, приведет к значительным трудностям в комплектовании Вооруженных Сил страны.

Уменьшение числа лиц фертильного возраста, смертность среди девочек-подростков, обусловленная ранними беременностями, родами и абортными, негативно сказываются на воспроизводстве населения.

⁶ http://www.un.org/russian/esa/social/population/wpr_press2003.htm

⁷ Там же

⁸ <http://undp.by/pdf/keymessages.doc>

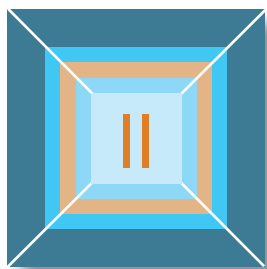
⁹ <http://www.vob.ru/eparchia/otdel/medikal/podrostki.htm>

В Российской Федерации уровень подростковой беременности в среднем составляет 80 на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет, что представляет серьезную медико-социальную проблему. В большинстве европейских стран этот показатель колеблется от 12% до 25%. По данным официальной статистики, около 30% беременностей в подростковом возрасте заканчиваются родами. Удельный вес детей, рожденных юными матерями, составляет в стране в среднем 2,7 %.

Исследование социоэкономических проблем, а также сексуального и репродуктивного поведения девушек-подростков в пяти странах – Канаде, Франции, Великобритании, Швеции и США, проведенные Singh S. с соавт. (2001), показало, что юное материнство более вероятно среди женщин с низкими уровнями дохода и образования. Уровни деторождения у подростков также тесно связаны с расой, этнической принадлежностью и статусом иммигрантки.

Образовательный уровень юных матерей России является достаточно низким. Только половина из них имеют среднее образование (47,0%), каждая пятая (20,7%) – неполное среднее образование. Высок удельный вес юных матерей, не занятых в сфере учебы и производства. Так, каждая вторая юная мама (47,3%) не учится и не работает, а среди 49,0% обучающихся наибольший удельный вес составляют учащиеся училищ.

Главное экономическое последствие преждевременной смертности подростков – это уменьшение численности трудового потенциала страны и связанное с этим недополучение валового внутреннего продукта. Так называемые демографические инвестиции на содержание, воспитание и профессиональную подготовку подростков не окупаются их трудовым вкладом вследствие их преждевременной смерти (Ильин А.Г., 2005; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2009).



ТЕНДЕНЦИИ И ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (1980–2008 годы)

2.1. Потери за счет смертности российских подростков и их динамика

Основными факторами, определяющими уровень и тенденции подростковой смертности, являются факторы социально-экономические, что определяется доминированием внешних причин в структуре смертности. Кроме того, основные закономерности изменения смертности подростков отличаются особой спецификой, выделяющей эту возрастную группу как собственно из детского, так и из взрослого населения России. В-третьих, анализ динамики подростковой смертности за длительный период позволяет выделить 3 этапа, характеризующиеся разнонаправленными тенденциями: стабильное снижение показателя в советский период вплоть до 1987 гг., стабильный рост его в 1987–1995 гг. и не всегда устойчивое сокращение в 1996–2008 гг.

Причины гибели подростков, обусловленные чаще всего внешними факторами, условиями жизни, воспитания, ухода и т.п., могут быть отнесены к группе преимущественно экзогенных причин, а обусловленные, главным образом, внутренним развитием ребенка, отнесены к преимущественно эндогенным причинам смерти.

В группу преимущественно экзогенных причин входят травмы и отравления, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, инфекционные болезни. Также в эту группу можно отнести симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния. Как будет показано ниже, неточно обозначенные состояния в значительной степени маскируют внешние причины смерти, зачастую насильственные. Группу преимущественно эндогенных причин составляют врожденные аномалии, болезни нервной системы, злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения.

Специфической чертой смертности населения России в последние 25 лет, отличающей ее от подавляющего большинства европейских стран, является отсутствие генерального тренда, разнонаправленность тенденций, обусловленная социально-экономическими изменениями, происшедшими за этот период. Второй особенностью, отмечаемой всеми демографами, является крайне высокая мужская сверхсмертность, а также существенные гендерные различия в темпах изменения показателей и зачастую в их направленности, что лишает проведение анализа среди всего населения какого бы то ни было смысла. Именно поэтому настоящее исследование основывается не на тенденциях последнего десятилетия (1996–2008 гг.), а захватывает более чем 25-летний период (1980–2006 гг.), включающий «эпоху реформ», начавшуюся в России с 1984 г. (приход к власти М.С. Горбачева и проведение им антиалкогольной кампании; радикальные социально-экономические преобразования 90-х годов прошлого века), и проводится отдельно для юношей и девушек 15–19 лет¹⁰.

¹⁰ Данные для населения обоего пола будут приведены в приложении

Несомненный интерес, на наш взгляд, имеет сопоставление итогов 2008 г. с последним годом советского периода (1991).

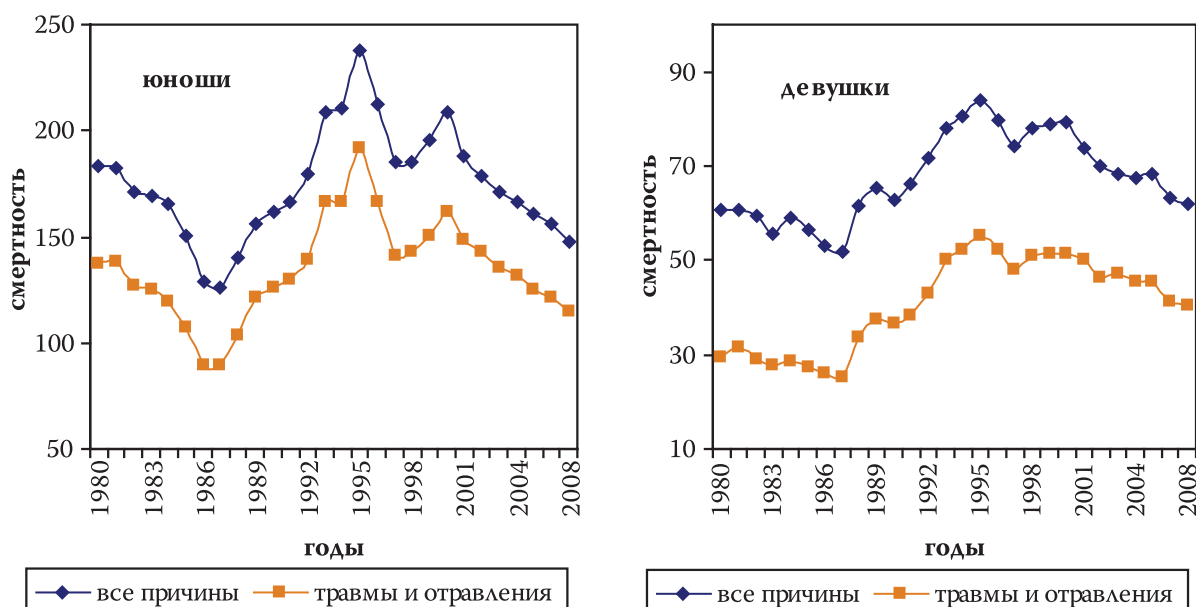
Из рис. 1 видно, что позитивные тенденции подростковой смертности сформировались в советский период, однако проведение антиалкогольной кампании заметно ускорило их темпы (в 1980–1984 гг. показатель снижался ежегодно на 2% у юношей и на 0,5% у девушек, в 1984–1987 гг. – на 6% и 3,1% соответственно), вследствие чего в 1987 г. были достигнуты минимальные в период исследования значения, составившие 125,8 и 51,8 на 100000 соответствующего населения.

Однако эффект антиалкогольной кампании к 1987 г. оказался исчерпанным, что привело к формированию негативных тенденций, у юношей заметно ускорившихся в период гайдаровских реформ. Так, если среднегодовые темпы роста показателя в 1987–1991 гг. составили 6,4%, то в 1991–1995 гг. – 8,6%. У девушек темпы роста показателя были постоянными в советский и постсоветский периоды (5,5% ежегодно). Вследствие этого подростковая смертность в 1987–1995 гг. выросла соответственно на 89% и 62%, достигнув в 1995 г. максимальных за период исследования значений (237,7 и 83,9 на 100000 соответствующего населения).

После 1995 г. начали формироваться позитивные тенденции, прерванные экономическим кризисом 1998 г.: если в 1995–1997 гг. смертность снизилась на 22,2% и 11,7%, то в 1997–2000 гг. выросла на 12,9% и 6,9% соответственно.

Рис. 1.

Динамика подростковой смертности (на 100000) от всех причин и от травм и отравлений в России в 1980–2008 гг.



Однако после 2000 г. в России наблюдается социально-экономическая стабилизация, приведшая к формированию позитивных тенденций, по устойчивости и темпам сопоставимых с тенденциями 80-х годов (ежегодное снижение на 3,6% у юношей и 2,9% у девушек). Вследствие подобной динамики смертность российских юношей за последнее десятилетие

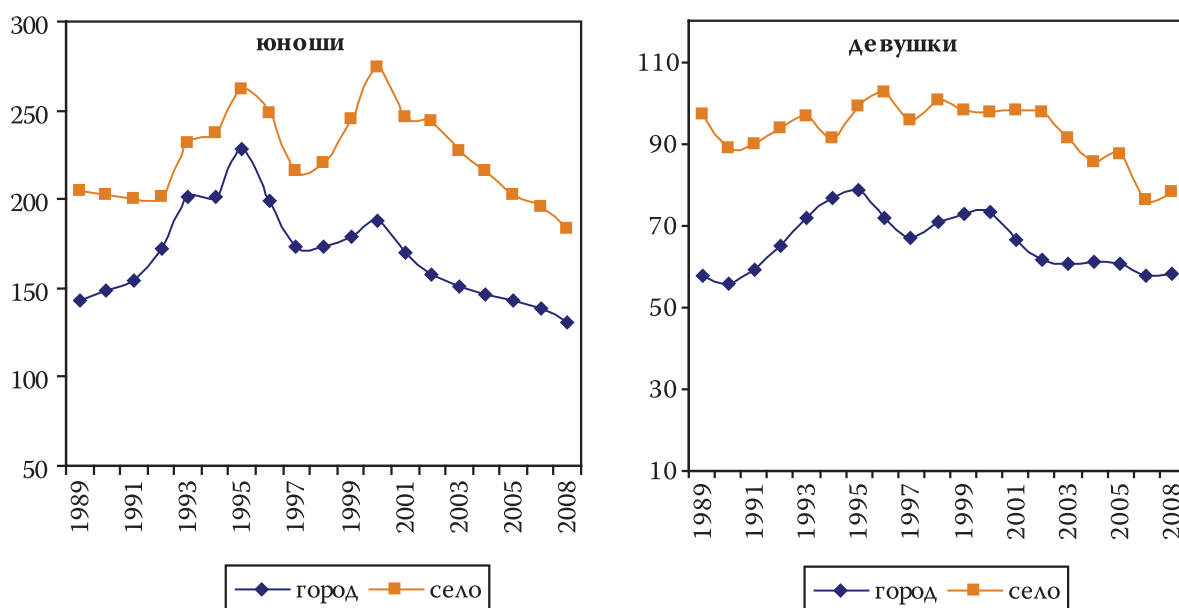
(1996–2006 гг.) снизилась на 26,3%, девушек – на 20,5%, однако сопоставление показателей 2008 г. с 1991 г., последним годом советского периода, приводит к более скромным результатам: в 1991–2008 гг. смертность российских юношей снизилась на 12,4%, девушек – практически не изменилась.

Тенденции смертности городских и сельских подростков обладают некоторым своеобразием. При этом следует отметить, что общая смертность сельских подростков (как и смертность во всех остальных возрастных группах) значительно превышала показатели среди городских подростков. У юношей этот разрыв, достаточно сходный в благополучных 1989¹¹ и 2008 гг., составил 43,3% и 42,5% соответственно, у девушек за этот же период сократился с 67,8% до 32,0%. Следует отметить, что превышение смертности сельского населения над таковыми у городского не является специфической чертой России. Подобная ситуация наблюдается в подавляющем большинстве развитых стран.

Что является спецификой России, это темпы изменения смертности на разных этапах социально-экономических преобразований в стране. Резкое сокращение разрыва между смертностью городских и сельских подростков (до 15%–18% у юношей и 19%–26% у девушек) наблюдалось в 1994–1995 гг., в разгар социально-экономического кризиса, что подтверждает выдвинутую А.Е. Ивановой с соавторами концепцию «догоняющего» характера смертности городского населения в «острой» фазе реформ. Так, в 1989–1995 гг. темпы роста смертности городских подростков составили 60,1% среди юношей и 36% среди девушек против 28,3% и 2,4% у их сельских ровесников, при более медленных темпах ее снижения в 1995–2008 гг. (39,2% - и 26,8%-ном против 25,4% и 23,7%-ном соответственно), на фоне достаточно близких, особенно у юношей, закономерностей изменения показателей (рис. 2).

Рис. 2.

Динамика подростковой смертности (на 100000) в городских и сельских поселениях России в 1989–2008 гг.



¹¹ Анализ смертности российского населения в разрезе город/село до 1989 г. не представляется возможным ввиду отсутствия информации

2.2. Причины смертности подростков

В середине текущего десятилетия (начиная с 2006 г.) смертность 15–19-летних юношей и девушек впервые в постсоветский период оказалась хоть и незначительно (на 5,8% и 4,1%), но ниже, чем в 1991 г. – последнем «советском» году, причем у юношей это было обусловлено большинством ведущих причин. У девушек достичь предреформенных уровней травматической смертности не удалось (рост на 8,1%), однако смертность от соматической патологии, как эндогенной (новообразования и болезни нервной системы), так и экзогенной (болезни органов дыхания) снизилась заметно.

Снижение смертности в 1980–1987 гг. было обусловлено абсолютно всеми ведущими классами причин смерти. Безусловно, позитивные тенденции определялись в первую очередь снижением смертности от травм и отравлений (на 34,8% и 13,9% соответственно). Особо следует отметить опережающие темпы снижения смертности от таких экзогенных причин, как болезни органов дыхания (на 40% и 31,4% соответственно), обусловленных у 15–19-летних пневмониями. Однако в этот период снижалась и смертность от эндогенной патологии. Так, онкологическая смертность сократилась на 12,2% и 5,6%, смертность от болезней нервной системы – на 15,4% и 12,8% соответственно. В этот период достаточно существенно (на 23,6% и 20,5%) снизилась и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом можно констатировать, что в 1980–1987 гг. позитивные тенденции у девушек были менее выраженными, нежели у юношей, причем эта ситуация была обусловлена всеми ведущими причинами смерти.

Рост подростковой смертности в 1987–1995 гг. также определялся всеми ведущими причинами, но в первую очередь – травмами и отравлениями – более чем в 2 раза за 8 лет. При этом наименее выраженными негативные тенденции оказались для эндогенных патологий: онкологическая смертность выросла всего на 3,5% и 4,4%, смертность от болезней нервной системы – на 20% и 8,8% соответственно. Интересно, что в этот период среди юношей удалось минимизировать негативные, а среди девушек – сохранить, хотя и существенно замедлившиеся, позитивные тенденции смертности от болезней органов дыхания (соответственно 8,3%-ный рост и 16,7%-ное снижение). Самыми высокими темпами в 1987–1995 гг. росла смертность от неточно обозначенных состояний: искомые показатели выросли в 4,8 раза у юношей и в 2,7 раза у девушек. Отчасти такие темпы определялись крайне низкой исходной значимостью данных причин в структуре подростковой смертности. В 1987 г. они занимали 11-е место в структуре смертности юношей и 12-е – у девушек.

Можно заключить, что реформы (как советского, так и постсоветского периодов) гораздо ощутимее сказались на юношах, нежели на девушках, причем это было обусловлено как экзогенными, так и эндогенными причинами.

Несмотря на нестабильность позитивных тенденций 1996–2008 гг. (напомним, что в конце 1990-х – начале 2000-х годов наблюдался рост смертности, обусловленный экономическим кризисом 1998 г.), итоги этого периода выглядят обнадеживающими: у юношей смертность снизилась на 43,9%, у девушек – на 28,4%. При этом у юношей снижение общей смертности было обусловлено всеми ведущими причинами, как экзогенными, так и эндогенными: так, смертность от травм и отравлений снизилась на 44,6%, от болезней органов дыхания – на 55,6%, от сердечно-сосудистых заболеваний – на 4,1%; онкологическая смертность снизилась на 26,6%, смертность от болезней нервной системы – на 55,3%. Смертность от неточно обозначенных состояний у юношей в 2008 г. по сравнению с 1996 г. практически не изменилась (5,6 и 5,3 на 100000 соответственно). У девушек ситуация складывалась не столь однозначно: при выраженных позитивных тенденциях от таких эндогенных заболе-

ваний, как новообразования и болезни нервной системы (снижение на 32,2% и 45,5%) и таких экзогенных причин, как травмы и отравления и болезни органов дыхания (снижение на 29,1% и 23,5%), наблюдался заметный рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и неточно обозначенных состояний (соответственно на 17,9% и 26,7%) (рис. 1–3).

Рис. 3.

Динамика подростковой смертности (на 100000) от новообразований, болезней НС и неточно обозначенных состояний в России в 1980–2008 гг.

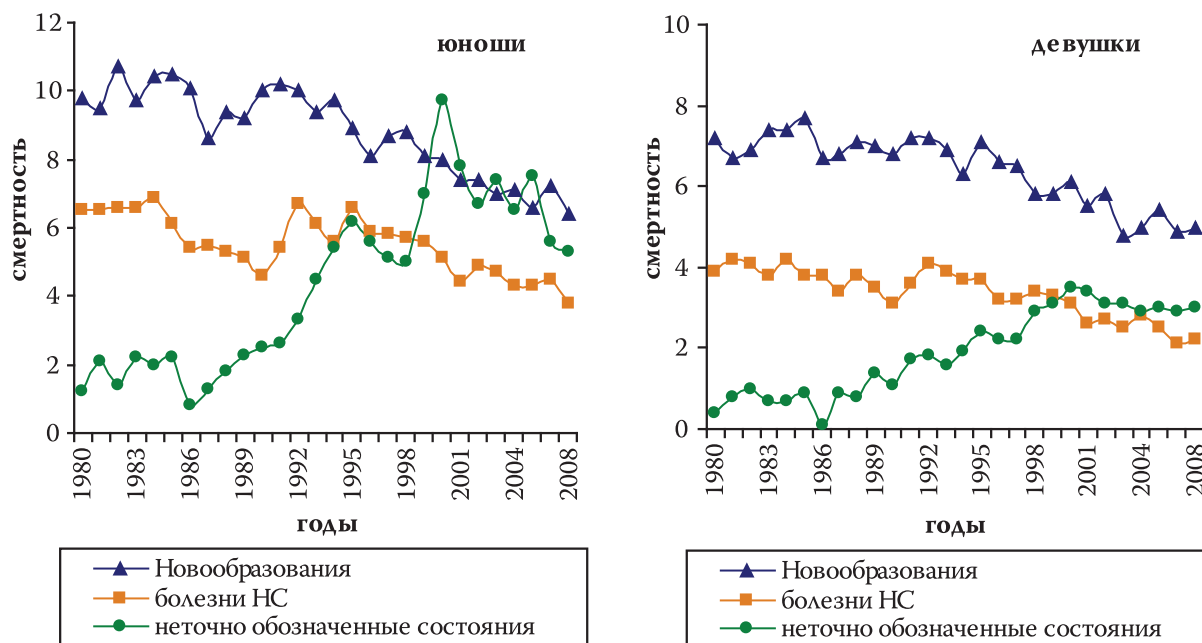
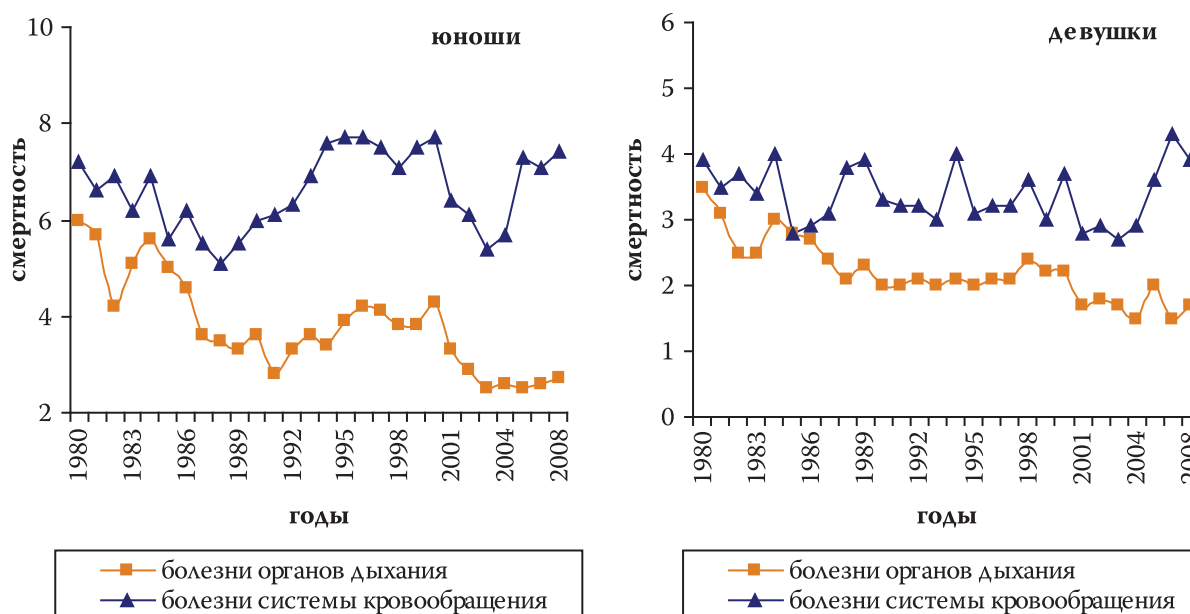


Рис. 4.

Динамика подростковой смертности (на 100000) от болезней органов дыхания, системы кровообращения в России в 1980–2008 гг.



Таким образом, и в период постсоветского снижения смертности ситуация у девушек по сравнению с юношами выглядит весьма неоднозначно. Во-первых, более выраженные позитивные тенденции отмечались только для эндогенных патологий (новообразования и болезни нервной системы), а во-вторых, у девушек сформировались негативные тенденции кардиологической смертности и смертности от неточно обозначенных состояний на фоне соответствующих позитивных или нейтральных у юношей.

Сравнивая тенденции в мужской и женской популяции за длительный период, можно отметить, что девушки медленнее реагируют на перемены, независимо от их направленности: и темпы позитивных (и советских, и постсоветских), и темпы негативных тенденций у девушек были заметно ниже, чем у юношей. Кроме того, у юношей происходящие изменения определялись, как правило, всем спектром ведущих причин, у девушек такой согласованности не наблюдалось.

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 2.3. Неточно обозначенные состояния

Смертность от неточно обозначенных состояний у подростков следует рассматривать как резервуар латентной смертности от внешних причин.

На фоне позитивной динамики смертности от основных причин в сравнении с последним советским годом смертность от неточно обозначенных состояний выросла более чем в 2 раза (рис. 2).

Что же представляют собой «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния» (по МКБ-9) или «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», согласно МКБ-10? Это – единственный класс причин смерти, который, несмотря на максимальные темпы роста смертности в период реформ, в течение долгого времени оказывался вне круга интересов как отечественных, так и зарубежных исследователей.

Согласно МКБ-10, в этот класс входят 99 состояний, объединенных в 13 блоков. Из них 12, в которые входит 95% описанных в этом классе состояний (R00–R94.8), подразумевают оставшуюся не ясной врачам соматическую патологию. При этом учитываются абсолютно все органы и системы человеческого организма, с одной стороны, и проведение многочисленных современных высокотехнологичных исследований, с другой, от «симптомов и признаков, относящихся к системам кровообращения и дыхания», до «отклонений от нормы, выявленных при диагностических исследованиях с получением изображений и функциональных исследованиях, при отсутствии диагноза».

13-й блок (Неточно обозначенные и неизвестные причины смерти) включает только 4 состояния: внезапная смерть грудного ребенка (R95); другие виды внезапной смерти по неизвестной причине (R96), куда вошли мгновенная смерть (R96.0) и смерть, наступившая менее чем через 24 часа с момента появления симптомов, не имеющая другого объяснения (R96.1); а также смерть без свидетелей (R98) и другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти (R99).

Таким образом, если первые 94 рубрики ассоциируются с долгой и продолжительной болезнью, когда сделано все, но медицина, к сожалению, не всеильна, то рубрики R95–R99 – со смертью внезапной и обусловленной внешней причиной.

Анализ данных Росстата показал, что в 2006 г. в России подростковая смертность от класса причин «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» определяется тремя

причинами: «другими неточно обозначенными и неуточненными причинами смерти» (R99) на 90,5% среди юношей, на 88,2% среди девушек, «смертью без свидетелей» (R98) – на 6,4% и 8,1% соответственно, «внезапной смертью по неизвестной причине» (R96)¹² – на 3,1% и 3,7%.

Проведенные в отдельных регионах России исследования медицинских свидетельств о смерти показали, что в реальности диагнозы R98–R99 ставятся при обнаружении трупа в разной степени разложения, мумифицирования либо обугливания в самых различных местах (дома, в водоеме, в лесу, в огороде, теплотрассе и т.д.). Такая картина может наблюдаться только в том случае, когда человек внезапно оказался в совершенно беспомощном состоянии. Причиной этого может быть как внезапная резкая дезадаптация систем организма (сердечно-сосудистый криз, ураганный отек легких, состояние типа гипогликемии на фоне сахарного диабета и т.п.), так и внешняя причина смерти (не обязательно насильственная). Поскольку речь идет о подростках (в этих возрастах вероятность внезапной соматической смерти минимальна), можно с высокой степенью вероятности предположить, что их смерть последовала от внешних причин (не обязательно насильственных). Таким образом, **смертность от неточно обозначенных состояний у подростков следует рассматривать как резервуар латентной смертности от внешних причин.**

Наиболее негативные, по сравнению с другими причинами, тенденции подростковой смертности от неточно обозначенных состояний в постсоветский период свидетельствуют о двух обстоятельствах. С одной стороны, о фактическом искажении витальной статистики, а с другой, о существенном ухудшении качества населения страны и маргинализации значительных слоев общества.

Сведения о социальном статусе подростков отсутствуют, т.к., согласно Федеральному закону о ЗАГС от 1997 г., такие важнейшие социальные признаки, как профессия и образование, в текущую разработку не включены. Трудно объяснить массовые смерти подростков (по существу, еще детей) от неизвестных причин среди адаптированного населения, однако среди социально дезадаптированных слоев возможна ситуация, когда причины смерти подростков остаются неизвестными: их судьба не интересует ни собственную семью, ни правоохранительные органы, ни общественность.

Если выдвинутая нами гипотеза верна, то отмечаемый всеми исследователями рост уровня жизни в стране с начала 2000-х годов, не может не сказаться на подростковой смертности. Действительно, этот период характеризовался не только устойчивым снижением общей подростковой смертности, но и впервые за два десятилетия позитивными тенденциями смертности от неточно обозначенных состояний (рис. 1, 3).

При этом вызывает настороженность то, что в наиболее благополучные последние годы исследования (2003–2006 гг.) и у юношей, и у девушек начала быстрыми темпами (на 31,5% и 59,3%) расти смертность от кардиологической патологии (рис. 4). В 2008 г. показатель относительно стабилизировался. Следует отметить, что у 15–19-летних подростков сердечно-сосудистые заболевания¹³ физиологически не обусловлены, и даже реализация накопленных поведенческих рисков (алкоголизм, курение) явно преждевременна. Однако безусловным

¹² Установить, какими причинами была обусловлена смертность от неточно обозначенных состояний в советский период, представляется затруднительным: до 1988 г. включительно в этот класс включались смерти от особо опасных инфекций, убийств и самоубийств, а также несчастных случаев (статистика этих случаев имела более высокую степень секретности, нежели форма №5, и фиксировалась в отдельном отчете) (Милле Ф., Школьников В.М., 1996).

¹³ Если не считать врожденных пороков сердца, которые относятся к врожденным аномалиям системы кровообращения (Q20-Q28)/

риском для этой категории населения является наркомания. В медицинском свидетельстве о смерти наркоманов может быть (по просьбе близких или по каким-то иным причинам) записан «сердечно-сосудистый» диагноз (острая сердечная недостаточность, флебиты и пр.). В свете современного состояния российской статистики смертности, можно предположить, что некоторый рост кардиологической смертности в последние годы обусловлен распространением наркомании среди молодежи. Часть смертей, обусловленная потреблением наркотиков, учитывается в той или иной рубрике болезней системы кровообращения.

2.4. Травмы и отравления

Реальные масштабы подростковой смертности от травм и отравлений заметно превышают ее официально объявленный уровень за счет неточно обозначенных состояний, маскирующих внешние причины, а также сердечно-сосудистых заболеваний, с латентной смертностью наркоманов. Реальные масштабы смертности от убийств, суицидов и отравлений существенно выше официально объявленных за счет повреждений с неопределенными намерениями.

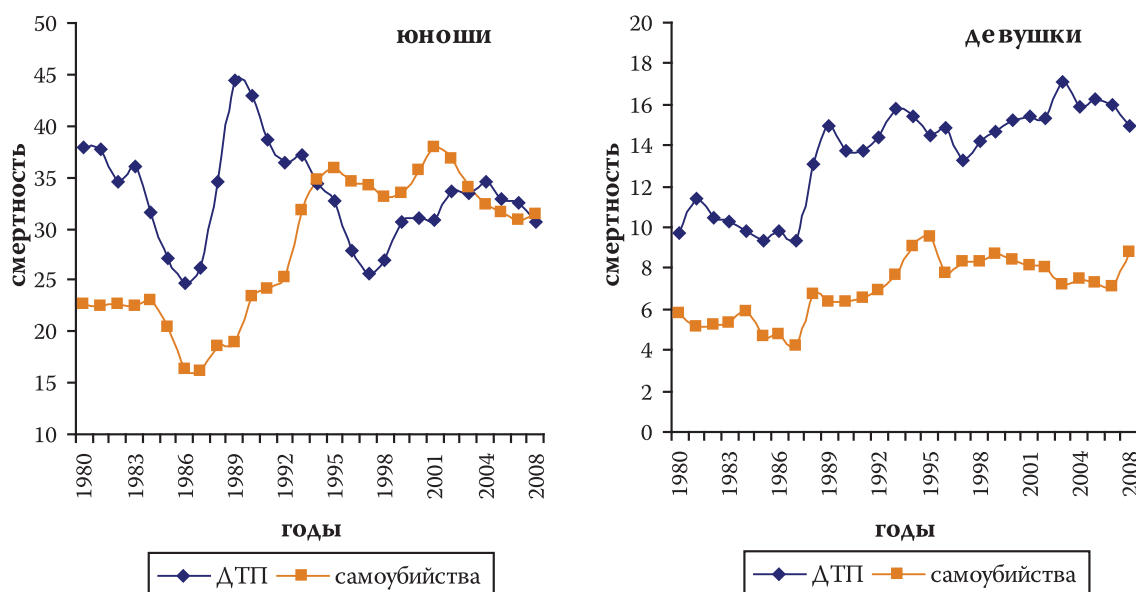
Смертность подростков, как ни в какой другой возрастной группе, определяется внешними причинами. В 2008 г. отрыв смертности от травм и отравлений от новообразований, занимающих 2-е место, был почти 18-кратным у юношей и 8,1-кратным у девушек (рис. 1, 3).

Основными внешними причинами смертности подростков являются транспортные травмы, которые определяют более четверти всех случаев смерти от травм в этом возрасте (Салахов Э.Р., Какорина Е.П., 2004; Барканов В. Б., 2005).

Российскими исследователями отмечался специфический характер смертности от ДТП, тенденции которой не совпадают ни с какими другими причинами, причем эту специфику можно выделить, только анализируя динамику смертности за длительный период. Эти закономерности начинают формироваться уже у 15–19-летних.

Рис. 5.

Динамика подростковой смертности (на 100000) от транспортных травм и самоубийств в России в 1980–2007 гг.



Из рис. 5 видно, что в 1980–1986 гг. – 35%-ное снижение смертности у юношей и крайне незначительные изменения (1%-ный рост) у девушек, в 1986–1989 гг. – рост на 79,8% и 53,1%, в 1989–1997 гг. – 42,1%- и 11,3%-ное снижение, в 1997–2004 гг. – рост на 34,6% и 19,5% соответственно. В последние годы исследования смертность вследствие транспортного травматизма снова стала снижаться и у юношей и у девушек. Таким образом, анализ длительной динамики подростковой смертности показывает, что она складывается из дуг с различным периодом: минимумы приходятся на 1986–1987 и 1997 гг., максимумы – на 1989 и 2003–2004 гг. Поскольку 2008 г. приходится на самое начало нисходящей ветви дуги, в ближайшие годы можно ожидать снижения транспортной смертности у подростков. При этом следует учитывать гендерную специфику: если у юношей генеральный тренд является нисходящим, то у девушек, безусловно, восходящим. Так, у юношей уровни транспортной смертности в 2007 г. практически не отличались от таковых почти 40 лет назад, в 1968 г. (30,6 против 31,1 на 100000), у девушек они выросли более чем вдвое (15,0 против 7,4 на 100000)¹⁴.

Специфической особенностью смертности от транспортных травм являются ее позитивные тенденции в 1989–1997 гг., в разгар экономического кризиса в России. Таких тенденций не было отмечено для какой-либо другой внешней причины смерти. Тем не менее, если не учитывать дугообразных закономерностей изменения смертности от транспортных травм, то в целом за постсоветский период (1991–2008 гг.) смертность российских юношей снизилась на 26,1%, а девушек – выросла на 8,7%, тогда как за последнее десятилетие (1996–2008 гг.) рост показателя, отмечен и у юношей и у девушек. Следует подчеркнуть, что напрашивающееся простейшее бытовое объяснение этого роста возросшей интенсивностью транспортных потоков и автомобилизацией молодежи не подтверждается реальными данными. С одной стороны, этому противоречат долговременные тренды смертности от транспортных происшествий, с другой, – гендерные диспропорции в темпах изменения показателя.

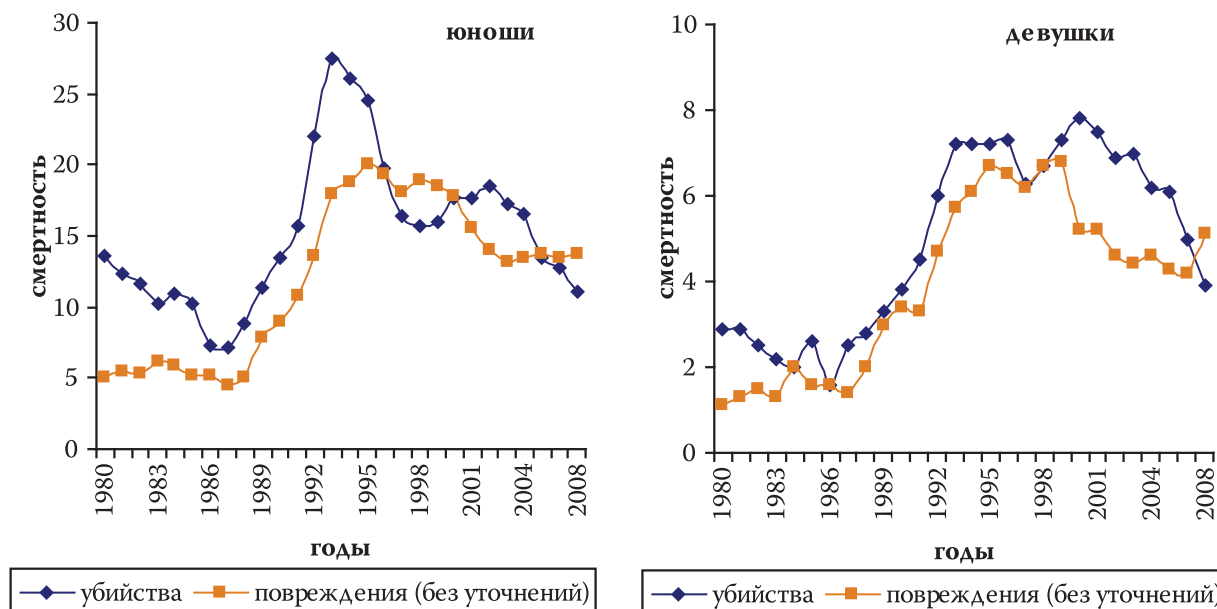
Второй важнейшей причиной подростковой травматической смертности являются самоубийства. Из рис. 5 видно, что, в отличие от дорожно-транспортных происшествий, динамика суицидальной смертности подростков характеризуется традиционными для России тенденциями: сокращение смертности в 1980–1987 гг. (на 28,8% и 27,6%), рост в 1987–1995 гг. (более чем 2-кратно), возврат к снижению смертности в последнее десятилетие (на 10,4% и 9% соответственно). В целом в период реформ (1991–2008 гг.) суицидальная смертность юношей выросла на 23,2%, девушек – на 28,1%.

Поскольку убийства (нападения) являются причиной, полностью социально обусловленной, оценка насильственной смертности представляется крайне актуальной. Из рис. 6 видно, что в 1980–1987 гг. показатели официально зарегистрированной смертности от убийств снизились на 47,8% и 13,8%, в 1987–1995 гг. – выросли в 3,5 и 2,9 раза, в 1996–2008 гг. наблюдалось существенное сокращение показателей (в 1,8 и 1,9 раза для юношей и девушек). Вследствие такой динамики, по официальным данным, смертность юношей от убийств в 1991–2008 гг. снизилась в 1,4 раза, девушек – на 15,4%.

¹⁴ Анализ долговременных трендов смертности от дорожно-транспортных происшествий проведен Ф. Милле и В.М. Школьниковым (1996), В.Г. Семеновым (2005)

Рис. 6.

Динамика подростковой смертности (на 100000) от убийств и повреждений с неопределенными намерениями в России в 1980–2008 гг.



К сожалению, нет оснований полагать, что насильственная смертность исчерпывается официально объявленными показателями. Нельзя забывать, что в России крайне высока смертность от повреждений с неопределенными намерениями (по МКБ-10) или повреждений без уточнений (по МКБ-9). Согласно МКБ-10, блок «повреждения с неопределенными намерениями» (Y10–Y34) включает «случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений», т.е. по условию подразумевает насильственную компоненту. Из рис. 6 видно, что смертность от этих размытых причин российских юношей в 1980–1987 гг. снизилась на 11,8%, девушек – выросла на 27,3%, в 1987–1995 гг. темпы роста смертности были соответственно 4,5- и 4,8-кратными, в последнее десятилетие показатели снижались примерно на треть (на 41,6% и 27,5% соответственно). Таким образом, в период реформ (1991–2008 гг.) смертность российских юношей от повреждений с неопределенными намерениями выросла на 21,2%, девушек – на 35,3%.

Детальная реконструкция картины смертности от этих размытых причин требует специального исследования, однако, данные Росстата позволяют сделать некоторые предварительные выводы.

В 2006 г. смертность российских подростков от повреждений с неопределенными намерениями на 20,7% и 17% определялась повешениями (Y20), на 14,8% и 9,5% – контактами с тупым (Y29) и на 3,8% и 2,1% – с острым предметом (Y28), на 12,5% и 17% – падениями (Y30–Y31), на 12,7% и 9,5% – «другими уточненными повреждениями, не уточненными как случайные или преднамеренные» (Y33), на 7,6% и 10% – «неуточненными повреждениями с неопределенными намерениями» (Y34). Удельный вес разного рода отравлений составил 11,1% и 19,1% соответственно, причем вклад отравлений наркотиками (Y12) составлял 2,3% и 2,1% соответственно, а 6,5% и 10% приходилось на отравления разного рода химическими

веществами (Y16, Y19) – естественно, намерения при реализации всех этих смертей оказались неопределенными (табл. 2).

Отметим, что смерть от «других уточненных повреждений, не уточненных как случайные или преднамеренные» (Y33), а также «неуточненных повреждений с неопределенными намерениями» (Y34) наступала вследствие тяжелейших черепно-мозговых или сочетанных травм. Анализ медицинских свидетельств о смерти, проведенных в ряде регионов России, показал, что аналогичная клиническая картина сопутствует смерти вследствие «применения физической силы», проще говоря – уличных драк или избиений.

Таким образом, если оставить в стороне вопрос о намерениях, а исходить из клинической картины и механизма реализации того или иного события, то все смерти вследствие огнестрельных ранений, контактов с тупым и острым предметом, а также уточненных и неуточненных повреждений следует отнести к убийствам (нападениям), смерти вследствие повешения и падения – к суицидам. Таким образом, смертность от повреждений с неопределенными намерениями российских юношей обусловлена убийствами почти наполовину (на 45%), суицидами – на треть (33,2%), девушек – соответственно на 32,8% и 34%.

Таблица 2

Структура смертности российских подростков от повреждений с неопределенными намерениями в 2006 г.

Причина смерти	Код по МКБ-10	Юноши		Девушки		Всего	
		число	%	число	%	число	%
Отравления лекарствами	Y10, Y11, Y14	15	1,9	14	5,8	29	2,8
Отравления алкоголем	Y15	3	0,4	3	1,2	6	0,6
Отравления наркотиками	Y12	18	2,3	5	2,1	23	2,2
Отравления химическими веществами	Y16, Y17, Y19	66	8,4	35	14,5	101	9,8
Повешение	Y20	163	20,7	41	17,0	204	19,9
Утопление	Y21	42	5,3	12	5,0	54	5,3
Огнестрельные ранения	Y22–Y24	48	6,1	4	1,7	52	5,1
Воздействия огня и дыма	Y26	19	2,4	4	1,7	23	2,2
Контакт с острым предметом	Y28	30	3,8	5	2,1	35	3,4
Контакт с тупым предметом	Y29	116	14,8	23	9,5	139	13,5
Падения	Y30–Y31	98	12,5	41	17,0	139	13,5
ДТП	Y32	8	1,0	7	2,9	15	1,5
Другие уточненные повреждения	Y33	100	12,7	23	9,5	123	12,0
Другие неуточненные повреждения	Y34	60	7,6	24	10,0	84	8,2
Итого	Y10–Y34	786	100,0	241	100,0	1027	100,0

Более сложным представляется вопрос о разного рода отравлениях. С одной стороны, подобные инциденты могут быть следствием суицидов, с другой, нельзя забывать, что подростки, особенно из малообеспеченных слоев, часто экспериментируют с химическими веществами, используя их как суррогаты наркотиков.

Ситуация с определением и кодировкой причин смерти не могла сложиться случайно. Согласно действующей нормативно-правовой базе, тактика выбора причины смерти, которая доводится до судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов, базируется на установлении возможностей: так, убийство будет выбрано лишь в том случае, когда не было других возможностей нанести обнаруженные повреждения (Вайсман Д.А., Дубровина Е.В., Редько А.Н., 2006). О том, как творчески можно подойти к МКБ-Х, свидетельствует тот факт, что смерти 6 российских подростков в 2006 г. (3 юношей и 3 девушек) были отнесены к «отравлениям и воздействиям алкоголем с неопределенными намерениями» (Y15), что в российских реалиях звучит крайне неубедительно.

Таким образом, если оставить в стороне вопрос о намерениях, то истинный уровень смертности вследствие убийств в 2006 г. возрастает у юношей в 1,5 раза, у девушек – на 28,3%, вследствие самоубийств – соответственно на 14,5% и 20,6%. Даже смертность вследствие алкогольных отравлений, у подростков еще весьма незначительная, возрастает у юношей на 2,8%, у девушек – на вполне ощутимые 13% (таблица 3).

Таблица 3

Официальные и оценочные уровни смертности российских подростков от некоторых внешних причин в 2006 г. (на 100000 соответствующего населения).

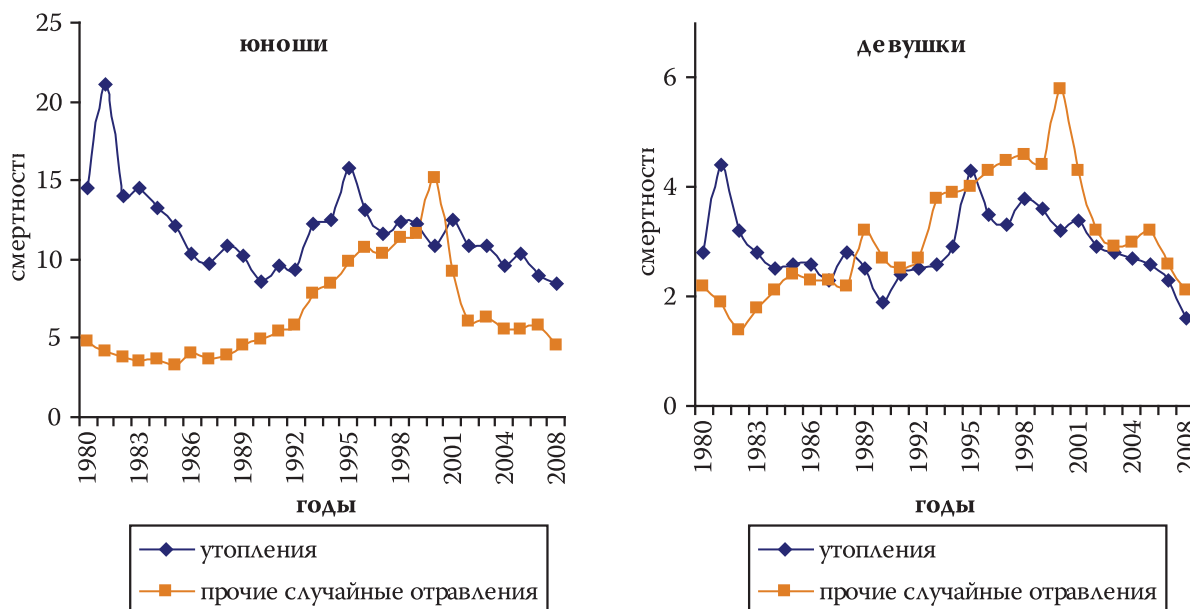
Причина смерти	юноши		девушки	
	официальные	расчет	официальные	расчет
Убийства	12,8	18,9	5	6,4
Самоубийства	30,9	35,4	7,1	8,5
Прочие случайные отравления	5,8	7	2,6	3,1
Случайные отравления алкоголем	1,8	1,9	0,4	0,5

Безусловно, эти данные следует рассматривать как сугубо оценочные, тем не менее, представляется, что они существенно ближе к реальной ситуации, нежели официальные показатели.

Алкогольная компонента в смертности российских подростков не является значимой, однако ощутимый вклад в нее вносят неалкогольные (прочие случайные) отравления: в эту рубрику входят смерти вследствие наркотических отравлений (X42). Динамика смертности подростков от неалкогольных причин представляется крайне выразительной. В 1992–2000 гг. показатели растут практически линейно (в 2,6 раз у юношей и в 2,1 раз у девушек), в 2000 г. смертность российских подростков от неалкогольных отравлений немногим уступает смертности от убийств и повреждений с неопределенными намерениями. Затем, совершенно внезапно, за 2 года показатели снижаются в 2,5 и 1,8 раза, практически до уровня 1992 г., и в последние годы исследования останавливаются на этом уровне (рис. 7).

Рис. 7.

Динамика подростковой смертности (на 100000) от утоплений и прочих случайных отравлений в России в 1980–2008 гг.



Таким образом, можно констатировать, что краткий перечень причин смерти, принятый в России, не позволяет в явном виде выделить смертность подростков, обусловленную потреблением наркотиков: она скрыта как в рубрике «неалкогольные (прочие) отравления» (X42), так и в рубрике «повреждения с неопределенными намерениями» (Y12). Резервуаром более чем вероятного недоучета наркотической смертности могут выступать еще 2 источника: во-первых, болезни системы кровообращения (достаточно в качестве основной патологии указать не ее изначальную причину (наркомания, отравление наркотиками), а механизм смерти (острая сердечная недостаточность, флебиты) – представляется, что озадачивающий рост кардиологической смертности в 2003–2006 гг., в период общих позитивных тенденций не является случайным. Во-вторых, таковым могут выступать неточно обозначенные состояния: под рубриками R96–R99 может учитываться любая внезапная или неисследованная (в силу объективных или субъективных причин) смерть, в том числе и обусловленная наркотиками.

Однако, если оставить в стороне эти статистические гипотезы, официально объявленная смертность российских подростков от неалкогольных отравлений, с ее наркотической компонентой, в постсоветский период выросла крайне незначительно (на 7,4% и 4% соответственно), а в последнее десятилетие снижается опережающими темпами – в 2,3–2,0 раза соответственно (рис. 6).

Последней значимой внешней причиной смерти российских подростков являются утопления, смертность от которых в 1980–1987 гг. снизилась на треть среди юношей и на 17,9% среди девушек, в 1987–1995 гг. выросла на 62,9% и 87%, в последнее десятилетие возобновились позитивные тенденции (1,4 и 2,2-кратное снижение показателя). Такие итоги можно было бы только приветствовать, если не вспоминать о трупах подростков, найденных на берегах водоемов и в водоемах, род смерти которых оказался не установленным, а смерти пошли в статистическую разработку под рубрикой R98 (смерть без свидетелей) и R99 (другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти), т.е. в классе «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния».

Таким образом, снижение травматической смертности в 1980–1987 гг. у юношей было обусловлено всеми ведущими причинами, причем опережающими темпами (на 47,8%) снизилась смертность от убийств. У девушек, при позитивных тенденциях общей смертности от внешних причин, наблюдался 27,3%-ный рост смертности от повреждений (без уточнений) и 4,5%-ный – от неалкогольных отравлений.

Рост травматической смертности в 1987–1995 гг. и у девушек и у юношей также определялся всеми ведущими причинами, причем минимально (на 25,3% и 55,9% соответственно) выросла смертность от дорожно-транспортных происшествий; максимально выраженные негативные тенденции отмечались для повреждений с неопределенными намерениями (рост в 4,5 и 4,8 раза) и убийств (рост в 3,5 и 2,9 раза соответственно).

Позитивные тенденции 1996–2008 гг. формировались за счет всех причин, кроме транспортных травм, смертность от которых выросла на 8,8% у юношей и на 11,4% у девушек. В этот период наиболее существенно (в 2,3–2,0 раза соответственно) снизилась смертность от неалкогольных случайных отравлений, убийств (в 1,5–2,2 раза) и повреждений с неопределенными намерениями (на 41,6–27,5%).

Завершая анализ смертности подростков от внешних причин, следует отметить особенность, выявленную выше при анализе смертности от основных классов причин смерти – опережающее возрастание уровней и значимости размытых причин смерти: повреждений с неопределенными намерениями, с одной стороны, и «Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний», с другой. При этом размытость, неопределенность показаний при постановке диагноза в медицинском свидетельстве о смерти позволяет успешно манипулировать социально значимыми показателями. Например, снижать общую смертность от внешних причин за счет неточно обозначенных состояний, смертность от убийств и наркотических отравлений – за счет повреждений с неопределенными намерениями. К сожалению, реальный масштаб смертности от внешних причин не ограничивается этими 2 классами: выше мы отмечали возможность занижения смертности, обусловленной наркоманией, за счет сердечно-сосудистых заболеваний – достаточно в качестве основной причины смерти указать на ее механизм (вместо наркомании – флебит, вместо передозировки наркотиков – острую сердечную недостаточность, без уточнения этиологии).

2.5. Региональные особенности смертности

В отношении смертности подростков отчетливо сформировался северо-восточный вектор нарастания смертности. Дальневосточный регион практически в целом и республики Восточной Сибири формируют полюс неблагополучия, который практически полностью определяется внешними причинами смерти, прежде всего, самоубийствами, убийствами и другими формами насилия (повреждения с неопределенными намерениями).

На протяжении всего советского, и особенно, постсоветского периода уровни детской смертности и ее динамика отличались заметным региональным разнообразием, которое аккумулирует суммарную роль социальных, климато-географических, этно-культурных факторов, а также различий в существующих возможностях охраны и укрепления здоровья детей и подростков. Общей закономерностью на протяжении длительного периода являлось сокращение межрегиональной вариации показателей здоровья и смертности, которое обеспечивалось ускоренным прогрессом на неблагополучных территориях. Это был результат целенаправленной политики, касавшейся не только здоровья детей и подростков, но в целом регионального социально-экономического развития. В постсовет-

ский период – с конца 80-х – начала 90-х годов XX в. поляризация регионов заметно усилилась, прежде всего, под влиянием проводимых реформ, а механизмы межрегионального выравнивания заметно ослабли. Все это не могло не привести к новым тенденциям региональной вариации, в том числе и показателей смертности, что необходимо учитывать при разработке соответствующей региональной политики. Настоящий раздел работы посвящен оценке этих новых явлений, явившихся своеобразным результатом более чем десятилетия существования регионов страны в новых социально-политических и экономических реалиях.

Региональный анализ смертности подростков проведен за 2005 г. по 77 территориям России без учета автономных образований, сформировавшихся в качестве субъектов федерации в 90-х годах. Основой регионального анализа смертности является картографическое представление данных. Для обеспечения сопоставимости сравнительного анализа при построении всех карт принят единый принцип – деление всей совокупности территорий на пять групп. Меньшее количество групп нецелесообразно, поскольку разброс показателей по регионам составляет, как правило, несколько раз или даже десятков раз. Большее количество групп, как показывает практика, сложнее воспринимается при визуальном анализе.

Поскольку в подавляющем большинстве случаев распределение территорий по уровню смертности от отдельных причин обладает явной асимметрией, т.е. наличием крайних значений или групп, далеко отстоящих от основной массы территорий, при построении карт принят принцип деления совокупности территорий на квантили, т.е. на группы, в каждую из которых входит 20% территорий. Это обеспечивает лучшую визуализацию данных. Принцип, в соответствии с которым, разбивка на группы происходит в зависимости от величины показателя, при асимметричном распределении относит основную массу территорий в одну группу. Этот принцип использован при описательном анализе. Таким образом, совмещение двух подходов позволяет оценить основные закономерности регионального распределения смертности и сфокусировать внимание на группах риска.

Смертность подростков по территориям России (карта 1.¹⁵ различается в середине текущего десятилетия почти в 22 раза: от 532,0 на 100 тыс. в Чукотском АО до 24,5 на 100 тыс. в Ингушетии. Как максимум, так и минимум распределения существенно отстоят от следующих в ранжированном ряду территорий, что увеличивает региональный разрыв. Так, показатель Чукотского АО превышает следующий за ним уровень республики Тыва (306,7) в 1,7 раза. В свою очередь, показатель для Ингушетии вдвое ниже в сравнении с уровнем Дагестана (48,2), который занимает предыдущую позицию. Если исключить крайние значения, как на полюсе максимума, так и на полюсе минимума, то региональный разброс подростковой смертности сокращается до 6 раз и около 60 российских территорий образуют сравнительно однородную группу, показатели подростковой смертности в которой варьируют в достаточно узком (в сравнении с общим региональным разбросом) диапазоне: 89,6–170,3 на 100 тыс. лиц 15–19 лет.

Группа с низкими уровнями смертности образована, преимущественно территориями Южного округа и прилегающими к нему областями, а также столичными мегаполисами (карта 1). Сюда вошли, помимо Ингушетии и Дагестана, Чечня (50,5), Кабардино-Балкария (68,5), Ставропольский край (71,0), Карачаево-Черкесия (88,2), Краснодарский край (89,6),

¹⁵ При региональном анализе смертности от отдельных причин возможна ситуация, когда в некоторых регионах с малой численностью населения случаев смерти в данном году зафиксировано не было. На карте эти территории остаются неокрашенными и обозначены категорией меню «нет данных».

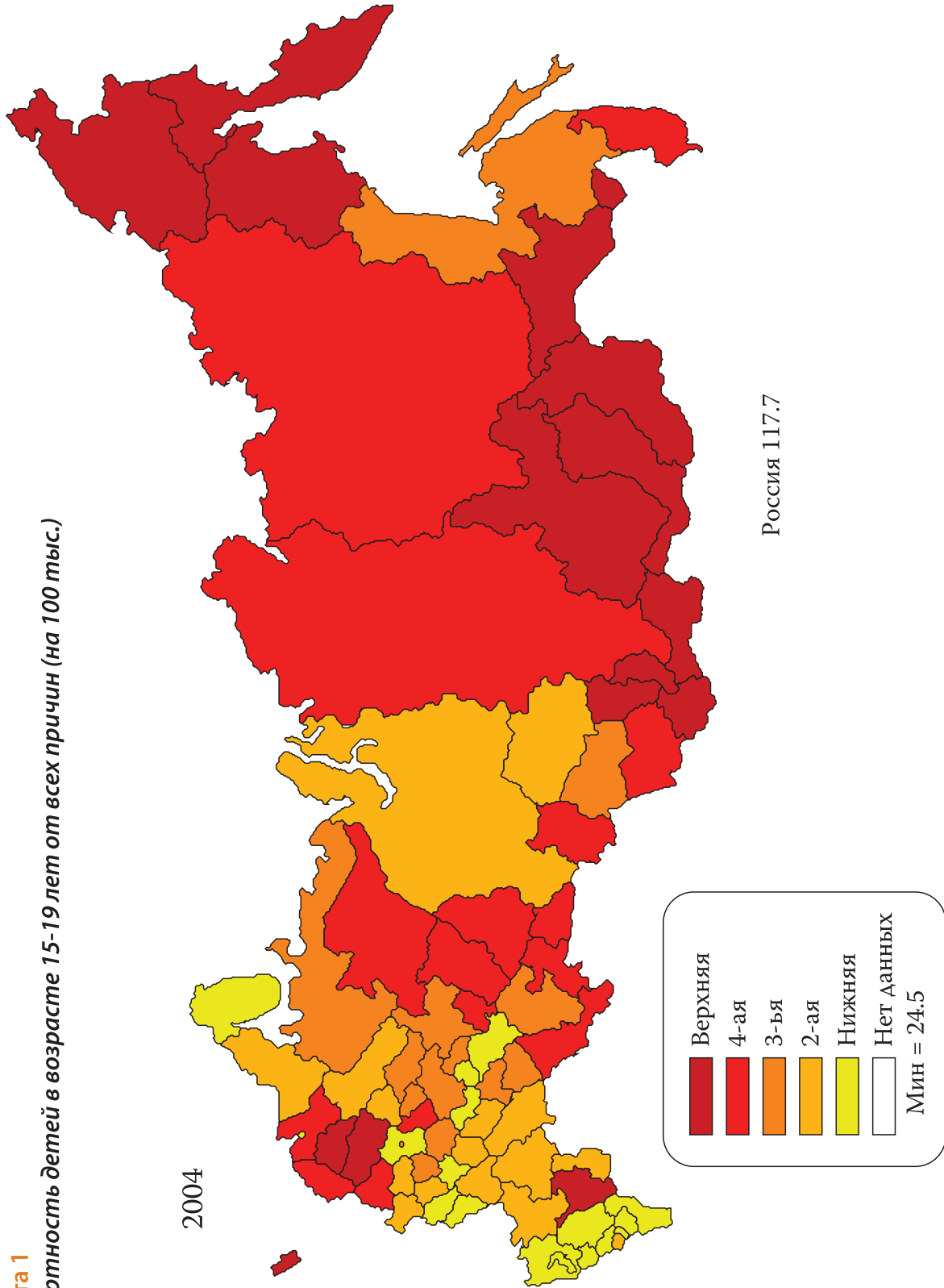
Адыгея (90,8), а также Белгородская область (82,9), Чувашия (88,2), и Москва (79,5) с Санкт-Петербургом (77,9). В свою очередь, максимальные уровни смертности подростков фиксировались в 2004 г., помимо Чукотского АО и Тывы, в Читинской области (263,7), Еврейской АО (212,6), Бурятии (193,7), Иркутской области (193,1), республике Алтай (179,6), Кемеровской (175,0) и Магаданской (174,7) областях.

Поскольку общая смертность подростков в решающей мере определяется внешними причинами, очевидно, что контуры регионального распределения общей и травматической смертности очень близки. Различия смертности от травм и отравлений на середину текущего десятилетия составляют 57 раз: от 425,6 на 100 тыс. в Чукотском АО до 7,5 на 100 тыс. в Ингушетии. Если исключить экстремальные значения, то различия смертности от внешних причин среди подростков сокращаются до 10 раз. При этом состав групп с минимальными и максимальными уровнями смертности от травм практически идентичен тому, который характерен для групп, выделенных по уровню смертности от всех причин (см. карта 1, 2). Таким образом, минимальные уровни травматической смертности среди подростков оказались, помимо Ингушетии и Дагестана, в Чечне (30,3), Кабардино-Балкарии (45,3), Ставропольском крае (49,1), Краснодарском крае (65,0), Адыгее (57,1), Карачаево-Черкесии (66,2), в Белгородской области (62,9), а также в Москве (50,5) и Санкт-Петербурге (56,7). Соответственно, максимальные уровни травматической смертности среди 15–19-летних отмечаются, помимо Чукотского АО и Тывы, в Читинской области (214,4), Бурятии (170,2), Еврейской АО (166,0), республике Алтай (160,7), Иркутской (151,5) и Кемеровской (145,3) областях. Основными внешними причинами смертности подростков являются дорожно-транспортные происшествия, которые определяют более четверти всех случаев смерти от травм в этом возрасте; самоубийства, на долю которых приходится около пятой части смертности подростков от внешних причин; убийства, которые определяют более десятой части травматической смертности подростков; повреждения без уточнений, вклад которых в смертность подростков от внешних причин приближается к убийствам.

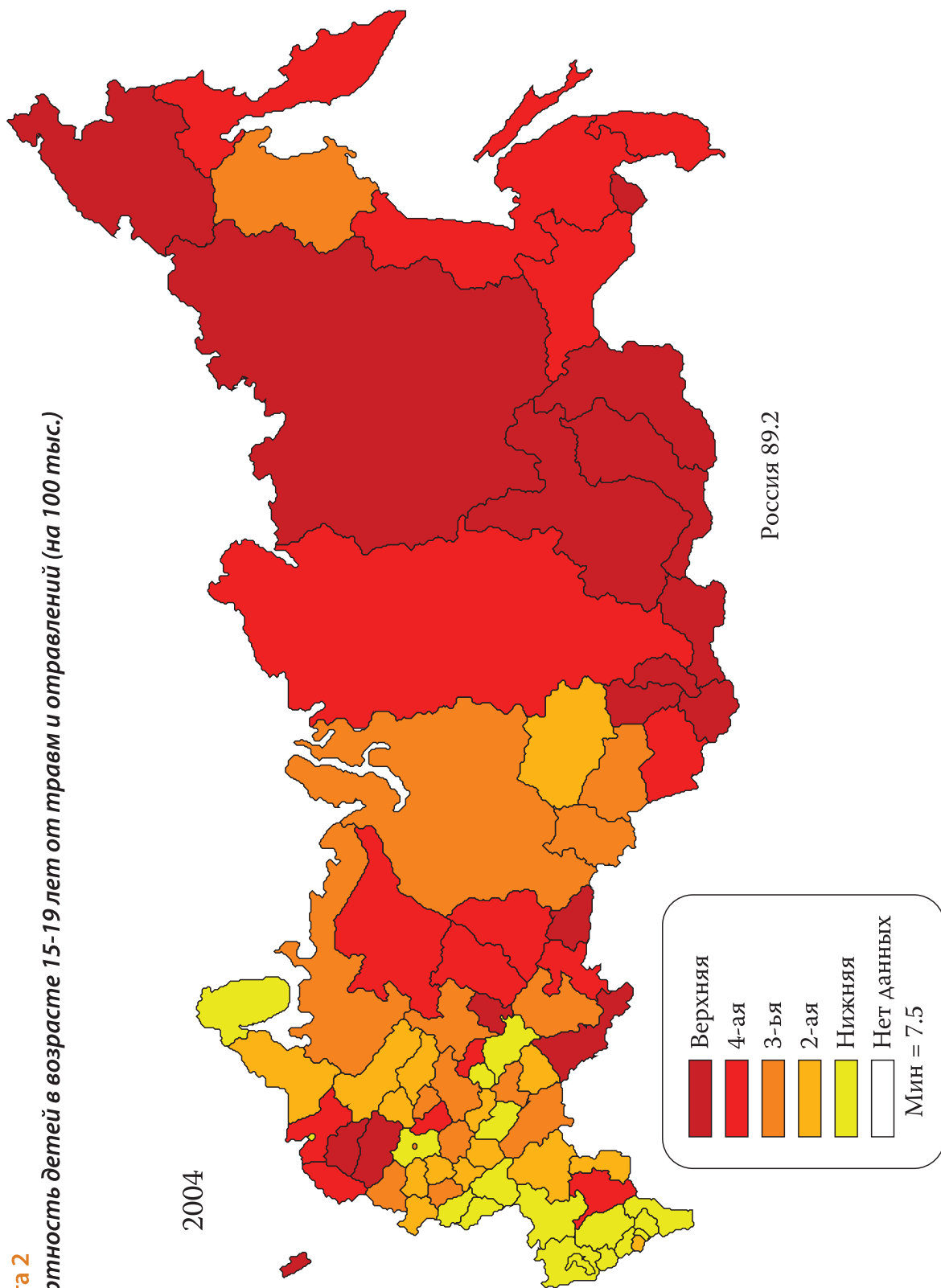
Карта 1

Смертность детей в возрасте 15-19 лет от всех причин (на 100 тыс.)

2004

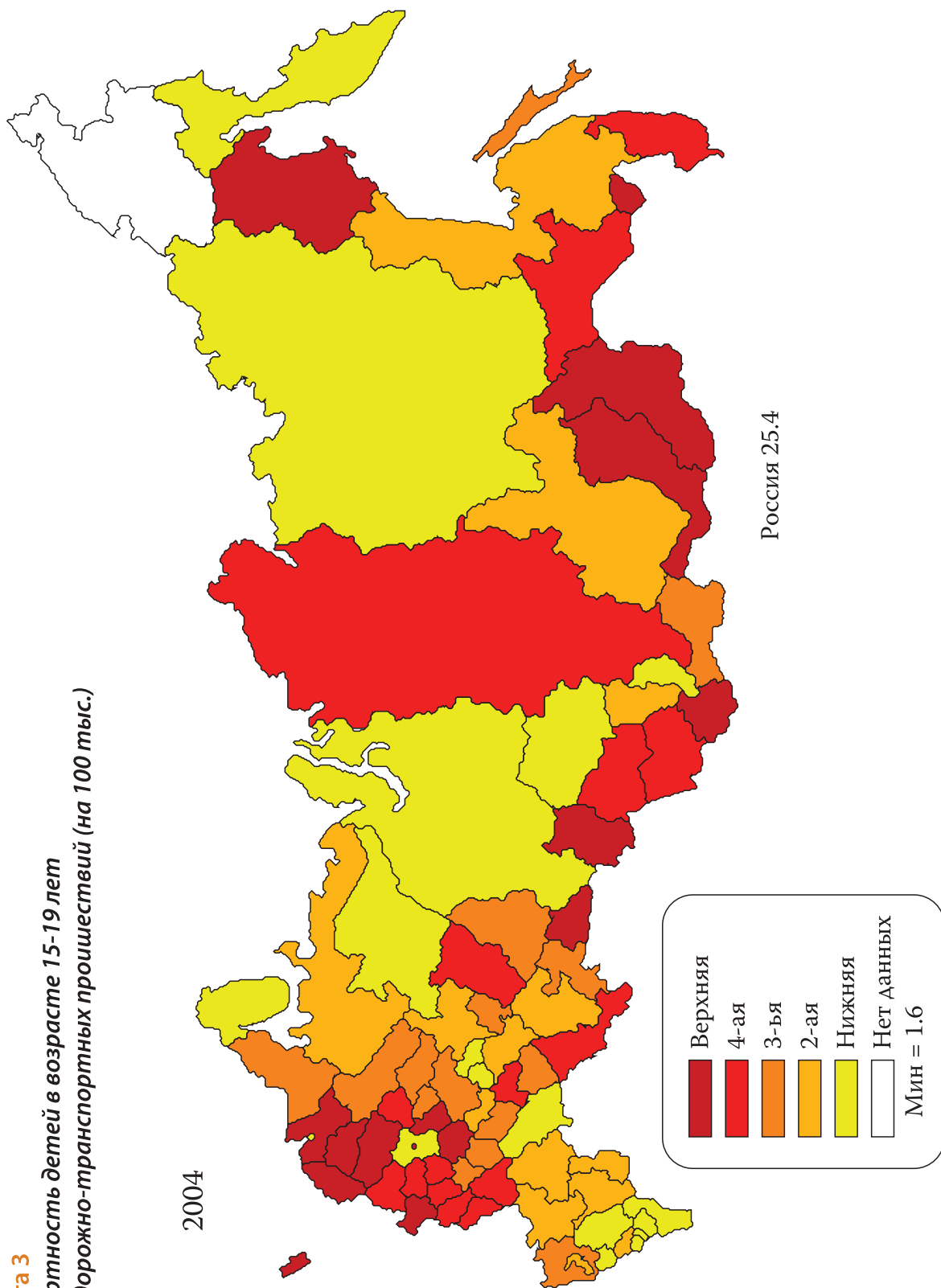


Карта 2
Смертность детей в возрасте 15-19 лет от травм и отравлений (на 100 тыс.)



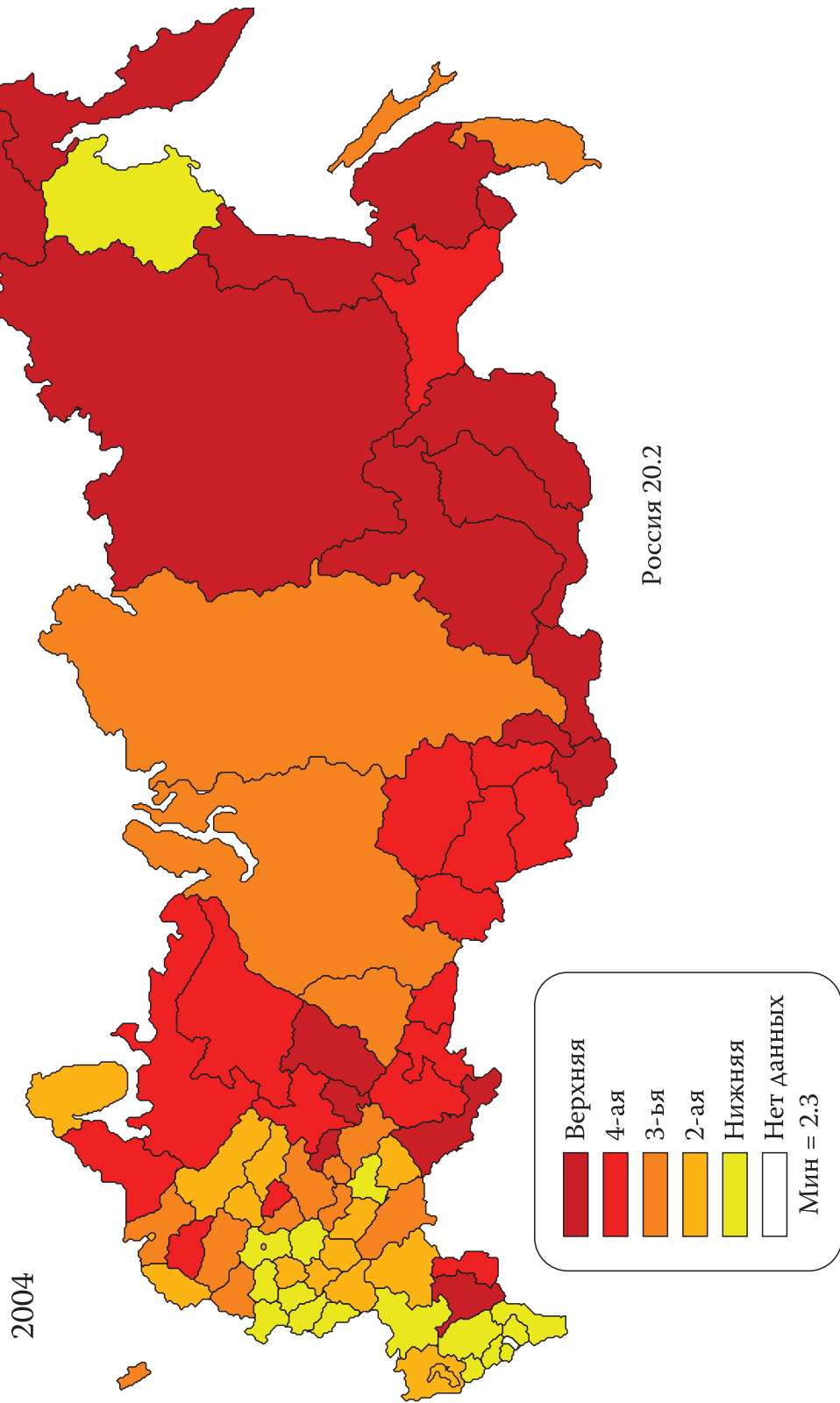
Карта 3
Смертность детей в возрасте 15-19 лет
от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс.)

2004



Карта 4

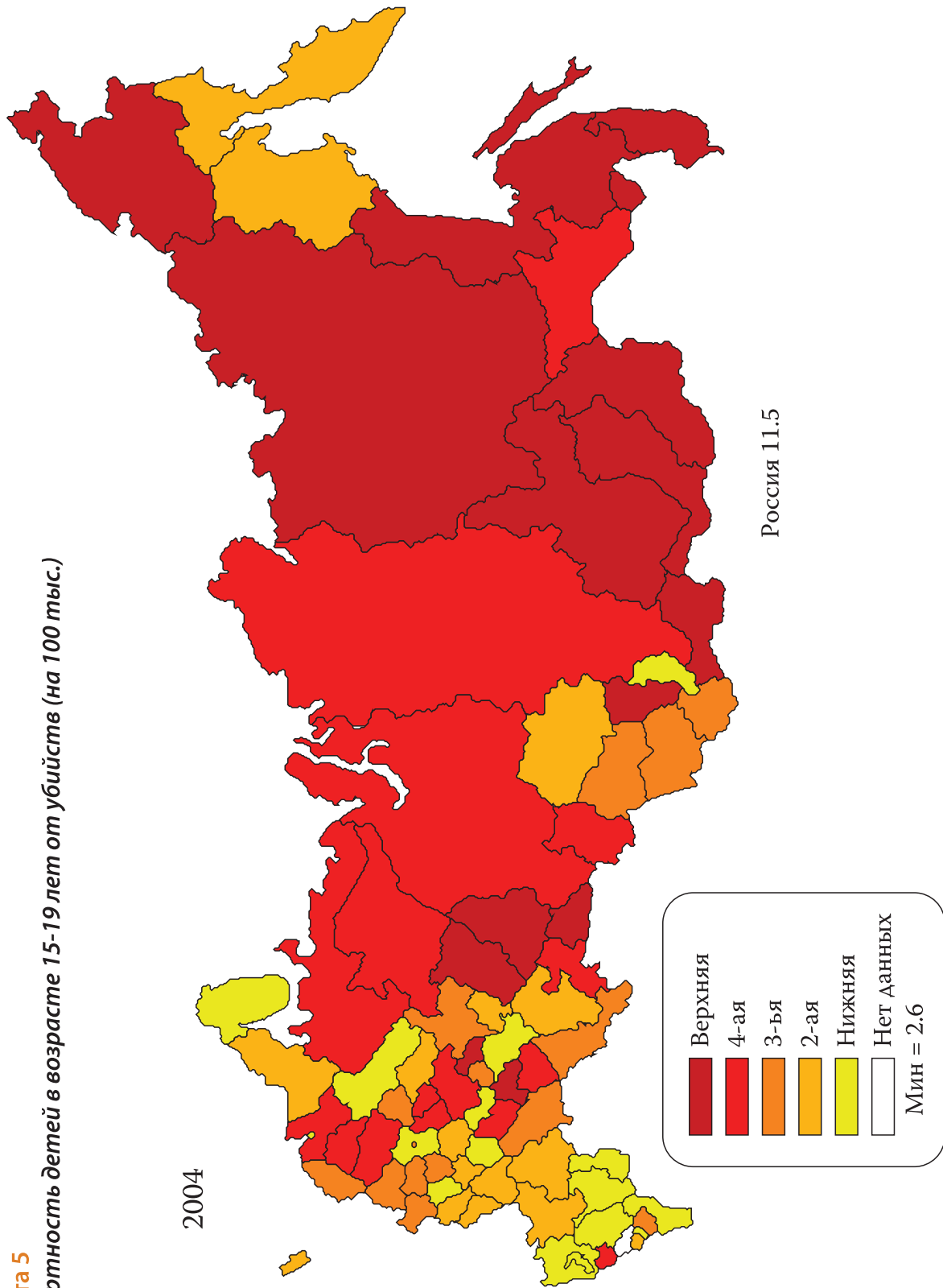
Смертность детей в возрасте 15-19 лет от самоубийств (на 100 тыс.)



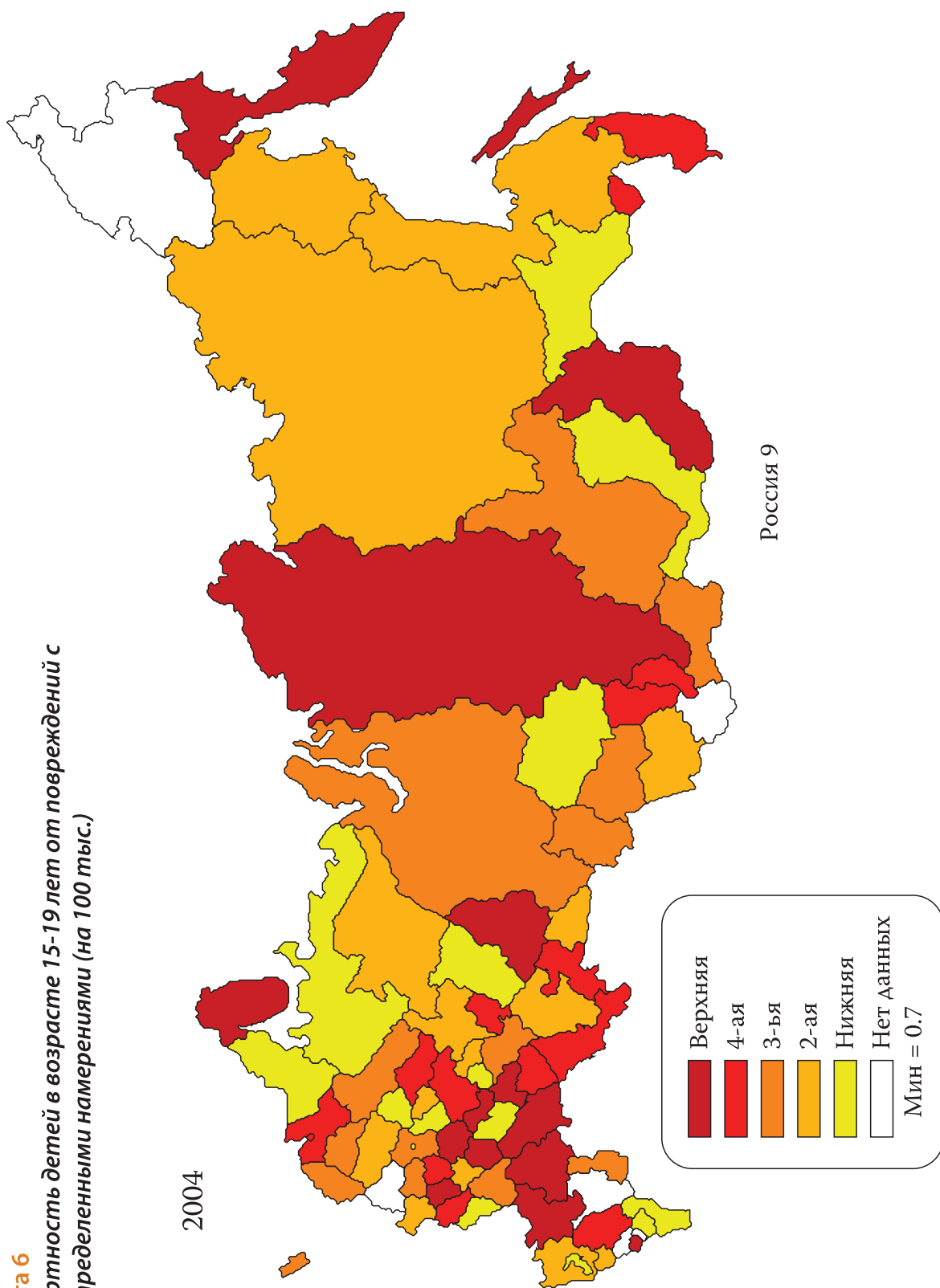
Карта 5

Смертность детей в возрасте 15-19 лет от убийств (на 100 тыс.)

2004



Карта 6
Смертность детей в возрасте 15-19 лет от повреждений с
неопределенными намерениями (на 100 тыс.)



Смертность подростков от **дорожно-транспортных происшествий** различается по территориям России в 38 раз: от 61,6 на 100 тыс. в Псковской области до 1,6 на 100 тыс. в Чечне. Столь существенный разрыв на этот раз формируется на полюсе минимальных значений, поскольку показатели в Чечне и Ингушетии (1,9) почти в три раза ниже уровней смертности в Дагестане (6,5), занимающем предыдущие позиции в ранжированном ряду территорий. Но если исключить из рассмотрения показатели Чечни и Ингушетии, то региональный разброс сокращается с 38 до 9 раз. В группе с сравнительно однородной ситуацией в отношении смертности от дорожно-транспортного травматизма подростков оказывается 58 из 79 территорий, показатели в которых варьируют в узком (в сравнении с общим региональным разбросом) диапазоне: 16,0–36,0 на 100 тыс. В группу с низкими показателями, помимо Чечни, Ингушетии, Дагестана, вошли: Северная Осетия (10,6), Чувашия, Марий-Эл (14,2), Саратовская область (14,8), а также Камчатская область (15,5) и Якутия (9,4), Коми (16,0), Мурманская область (13,3) и Санкт-Петербург (15,2). Группа с максимальными уровнями смертности подростков от дорожно-транспортных происшествий образована, помимо Псковской области, Тверской (51,5), Калининградской (52,3), Ленинградской (48,3), Владимирской (43,0), Новгородской (40,9), Рязанской (35,6), Московской (45,6) областями, а также Еврейской АО (46,7) и республикой Алтай (47,3).

Таким образом, даже по составу групп с низкими и высокими уровнями видно, что региональное распределение смертности подростков от дорожно-транспортного травматизма отличается существенной спецификой в сравнении с общим распределением по уровню травматической смертности в целом (см. карта 2, 3).

Различия в смертности подростков от **самоубийств** по территориям России еще больше, чем вариация смертности от ДТП: 110 раз – от 255,4 на 100 тыс. в Чукотском АО до 2,3 на 100 тыс. в Чечне. Причем в случае самоубийств масштабы разброса формируются на полюсе максимальных значений. Так, показатель Чукотского АО более чем втрое превышает показатель следующего за ним в ранжированном ряду Алтая (70,9). Если исключить экстремальный показатель из рассмотрения, то региональный разброс смертности подростков от суицидов сокращается до 30 раз, что также не свидетельствует об однородности ситуации в стране по этому признаку.

Так, в группе территорий, показатели которых варьируют в пределах квадратичного отклонения от средней (8,6–42,5 на 100 тыс.) оказался только 51 из 79 российских регионов. В группу с низкими показателями вошли, помимо Чечни, Дагестан (3,1), Северная Осетия (4,6), Кабардино-Балкария (5,8), Карачаево-Черкесия (7,4), Ставропольский край (3,2), Рязанская (3,2), Брянская (4,4), Ростовская (5,8), Орловская (5,9), Курская (7,2), Калужская (7,2), Ульяновская (8,2), Белгородская (8,4) области и Москва (3,4). В группу с высокими показателями вошли, помимо Чукотского АО, Алтай (70,9), Бурятия (70,4), Читинская область (66,6), Якутия (55,1), Тыва (54,8), Хакасия (49,1), Иркутская (44,9), Камчатская (43,5) области, Еврейская АО, Удмуртия (55,4), Калмыкия (61,2). Таким образом, состав территорий на полюсах высоких и низких значений обнаруживает большее сходство региональных особенностей самоубийств в подростковом возрасте и общей смертности от внешних причин в данной возрастной группе (см. карта 2, 4).

Различия в смертности от **убийств** по территориям России в середине текущего десятилетия составляют 29 раз: от 76,7 на 100 тыс. в Тыве до 2,6 на 100 тыс. в Адыгее. На полюсе максимальных значений также можно отметить превышение (в 1,8 раза) крайнего показателя над следующим в ранжированном ряду, которым в данном случае является Чукотский АО (42,6).

Однако, например, на фоне регионального распределения подростковой смертности от самоубийств, оно не является столь экстремальным. Вместе с тем, если исключить локальный максимум из рассмотрения, то региональный разброс смертности сокращается до 16 раз. Самая неблагоприятная обстановка сложилась, помимо Тывы и Чукотского АО, в Еврейской АО (41,5), Читинской области (39,8), Иркутской области (37,5), Бурятии (33,3), Кемеровской области (22,5), Курганской области (22,1), Якутии (21,8). В значительной мере состав этого анклава совпадает с группой, неблагополучной по подростковым самоубийствам. Что касается группы с низкими уровнями смертности от убийств, то ее состав лишь отчасти пересекается с тем, что был выявлен при анализе суицидов (см. карта 4, 5).

Так, в группу с низкими уровнями смертности подростков от убийств вошли, помимо Адыгеи, Тамбовская область (3,3), Мордовия (4,1), Татарстан (4,3), Астраханская область (4,3), Дагестан (4,4), Ингушетия (3,8) и Калмыкия (3,4). Присутствие в этой группе Ингушетии и Калмыкии является статистическим артефактом, поскольку колебания показателей от года к году в этих территориях составляют 2–4 раза.

Повреждения без уточнений, под рубрикой которых скрываются не распознанные несчастные случаи, убийства или суициды (в соответствии с комментарием МКБ–10), обладают определенной спецификой регионального распределения смертности в сравнении с каждой из этих причин. Вместе с тем, близость регионального профиля подростковой смертности от повреждений без уточнений к региональным закономерностям смертности от убийств или суицидов, позволяет хотя бы косвенно судить о преимущественном составе данной рубрики.

По территориям России показатели смертности варьируют более чем в 40 раз: от 29,1 на 100 тыс. в Сахалинской области до 0,7 на 100 тыс. в Дагестане. При этом в Ингушетии, Чукотском АО, Кабардино-Балкарии, республиках Алтай и Калмыкия случаев смерти от повреждений без уточнений в середине текущего десятилетия зафиксировано не было. Что касается Ингушетии и Кабардино-Балкарии, то, учитывая объективно низкий здесь уровень травматической смертности, в том числе от суицидов и убийств, показатель смертности от повреждений без уточнений также низок, даже в те годы, когда случаи смерти от этой причины регистрируются. Что касается Чукотского АО, Алтая и Калмыкии, то отсутствие зарегистрированных случаев смерти от повреждений без уточнений отнюдь не свидетельствует о благополучии, поскольку от года к году показатели колеблются в несколько раз. Косвенным подтверждением высказанной точки зрения является состав группы с низкими уровнями смертности от повреждений, куда помимо Пермской (0,8), Владимирской (0,8), Белгородской (0,8), Московской (1,3) и Пензенской (1,7) областей входят также Чечня (1,6) и Дагестан (0,7). При этом, на полюсе высоких значений подростковой смертности от повреждений без уточнений присутствуют традиционно неблагополучные по всем основным внешним причинам смерти Сахалинская (29,1), Камчатская (28,0), Читинская (27,7) области и Красноярский край (16,8). Вместе с тем, нельзя не обратить внимание, что Ростовская (26,6), Рязанская (28,1), Орловская (23,4), Ульяновская (19,0), Саратовская (17,9) области и Мордовия, которые и по уровню убийств и по уровню суицидальной смертности подростков входили в число относительно благополучных регионов, в действительности, с учетом повреждений без уточнений, смертность от которых здесь максимальна в сравнении с другими российскими регионами, могут оказаться группой повышенного риска (см. карта 4–6).

Резюме

Анализ подростковой смертности за длительный 26-летний период показал, что ведущими факторами ее изменения являются социально-экономические сдвиги, происходящие в России в этот период. Об этом свидетельствует полное совпадение тенденций показателей с событиями, происходящими в стране. Так, заметное снижение подростковой смертности в начале 80-х годов прошлого века совпало с введением обязательного среднего образования, в дальнейшем позитивные тенденции заметно ускорились в связи с антиалкогольной кампанией 1985–1987 гг. Как и следовало ожидать от конъюнктурных изменений, эффект антиалкогольной кампании был очень быстро исчерпан, и начался рост смертности, заметно ускорившийся после 1991 г., с началом гайдаровской «шоковой терапии». Позитивные тенденции второй половины 90-х годов были прерваны экономическим кризисом 1998 г., однако стабилизация и улучшение экономической ситуации начала 2000-х годов привели к формированию позитивных тенденций подростковой смертности.

Можно утверждать, в отношении смертности подростков Россия преодолела кризис 90-х годов: в результате сложившегося с 2000 г. устойчивого позитивного тренда, в 2006 г. показатели впервые оказались ниже, чем в 1991 г. – последнем году советского периода (на 5,8% у юношей и 4,1% у девушек). В 2008 г. позитивные тенденции продолжились. Вместе с тем, следует обратить внимание на следующие обстоятельства. Во-первых, позитивные сдвиги обусловлены не всеми ведущими классами причин смерти, во-вторых, наиболее высокими темпами снижалась смертность от эндогенных заболеваний – от новообразований и болезней нервной системы. На этом фоне заметно выросла смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, причем есть основания полагать, что ее рост в существенной степени маскирует смертность от наркотических отравлений.

Что касается лидирующей (с огромным отрывом) в этих возрастах смертности от внешних причин, то у юношей в этот период она снизилась незначительно, у девушек – даже несколько выросла. Причем у девушек этот рост формировался за счет всех ведущих внешних причин, у юношей позитивные сдвиги были обусловлены снижением смертности от транспортных происшествий и официально зарегистрированных убийств.

Поскольку транспортные происшествия являются ведущей причиной подростковой смертности, и снижению обусловленных ими потерь придается особое значение как Всемирной Организацией Здравоохранения, так и лицами, принимающими решения в России, следует особо подчеркнуть, что динамика смертности от ДТП характеризуется специфическими тенденциями. Достаточно указать на ее стабильное снижение у юношей и у девушек, наблюдаемое в разгар кризиса в 1989–1997 гг., и последующий рост в период стабилизации и общих позитивных сдвигов. Анализ динамики подростковой смертности, понимание закономерностей ее изменения позволяет утверждать: в краткосрочной перспективе следует ожидать снижения смертности и юношей, и девушек, однако генеральные тренды дорожно-транспортной смертности юношей являются позитивными, девушек – негативными.

Особую тревогу вызывает отмеченный в постсоветский период рост более чем на четверть смертности от повреждений с неопределенными намерениями. Эти размытые причины маскируют значительную часть смертности от таких социально обусловленных и социально значимых причин, как убийства и отравления наркотиками. Еще одним вероятным резервуаром смертности от внешних причин является класс «Симптомы, призна-

ки и неточно обозначенные состояния», смертность от которых в постсоветский период выросла в максимальной степени. Таким образом, зачастую конкретная причина смерти подростка остается неизвестной. Чтобы оценить масштаб проблемы, укажем, что в постсоветский период (1992–2006 гг.) причина смерти оказалась не установленной для 27067 подростков. Причем, согласно официальной статистике, от повреждений с неопределенными намерениями погибли 14493 юноши и 4675 девушек, от неточно обозначенных состояний – 5578 юношей и 2321 девушка. Напомним также, что в благополучном 2008 г. неточно обозначенные состояния занимали 4-е место среди всех причин смерти подростков, а повреждения с неопределенными намерениями – 3-е место у юношей и 4-е – у девушек среди внешних причин, т.е., безусловно, входили в число приоритетов снижения смертности.

Таким образом, реальные масштабы подростковой смертности от травм и отравлений заметно превышают ее официально объявленный уровень за счет неточно обозначенных состояний, а также сердечно-сосудистых заболеваний, с латентной смертностью наркоманов. Реальные масштабы смертности от убийств, суицидов и отравлений существенно выше официально объявленных за счет повреждений с неопределенными намерениями.

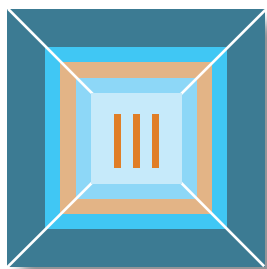
К сожалению, российское Министерство здравоохранения, как никакой другой правительственный орган, призванное бороться со снижением смертности и хотя бы поэтому заинтересованное в адекватной информации, 24 апреля 2003 г. издает приказ № 161, в котором утверждается, что «Невозможность установления рода смерти или обстоятельств и места травмы к моменту выдачи свидетельства о смерти не является основанием для выдачи предварительного свидетельства о смерти; в этом случае в бланке подчеркивают - род смерти не установлен». Однако представляется, что ситуация, когда конкретная причина гибели подростков остается неизвестной, не определяется только министерскими инструкциями, узаконившими кардинальное ухудшение витальной статистики – это следствие гораздо более глубоких социальных процессов, приведших к ухудшению качества населения, к его маргинализации, что отмечалось российскими исследователями.

В связи с результатами проведенного анализа следует остановиться еще на одном, крайне важном, на наш взгляд, обстоятельстве: анализ смертности без учета гендерного фактора позволяет выделить только приоритеты смертности юношей – за счет многократного превышения их смертности над смертностью девушек, и проблемы здоровья российских девушек остаются в тени. Между тем, проведенный анализ показал, что тенденции в женской популяции, как правило, оказываются худшими, нежели у юношей, причем, это формируется за счет всех основных причин смерти.

В отношении смертности подростков отчетливо сформировался северо-восточный вектор нарастания смертности. Дальневосточный регион практически в целом и республики Восточной Сибири формируют полюс неблагополучия, который определяется внешними причинами смерти, прежде всего, самоубийствами, убийствами и другими формами насилия (повреждения с неопределенными намерениями). Даже по составу групп с низкими и высокими уровнями видно, что региональное распределение смертности подростков от дорожно-транспортного травматизма отличается существенной спецификой в сравнении с распределением по уровню травматической смертности в целом, что означает наличие специфических факторов, детерминирующих смертность подростков от насилия и дорожно-транспортного травматизма.

Завершая исследование смертности российских подростков, следует напомнить, что позитивные тенденции последнего десятилетия не были устойчивыми. В 1998 году их пре-

рвал экономический кризис, который был исчерпан достаточно быстро – в 2000 г. снижение смертности возобновилось. Однако в 2007–2008 г. страна столкнулась с новым вызовом – ростом инфляции: сейчас, по данным Института социологии РАН, 43% российского населения являются малообеспеченными. Сразу отметим: это – не бедность первой половины 90-х годов, однако это значит, что 70%–80% доходов в этих группах населения идут только на питание. Более того, впервые с 1998 г. социологи отмечают рост числа бедных (т.е. лиц, чьи доходы ниже прожиточного минимума) в стране. Представляется, что только адресные инвестиции в человеческий капитал, в социальную сферу, образование и экономику могут сохранить позитивные тенденции подростковой смертности и сужение регионального разброса смертности, прежде всего, за счет ускоренного улучшения ситуации на неблагополучных территориях.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Многочисленные данные литературы и материалы ВОЗ свидетельствуют о том, что основными факторами, приводящими к подростковой смертности, являются бедность, и определяемые ею беспризорность и безнадзорность, наркомания и токсикомания, суицидальное поведение. Значимыми в гибели подростков представляются такие внешние факторы как несчастные случаи и насилие.

Подростковый возраст оценивается врачами, психологами, педагогами как критический период. Для него характерно наличие определённых, анатомо-физиологических особенностей, которые, в свою очередь, определяют высокую чувствительность подростка к комплексу неблагоприятных факторов. Прежде всего, существенное влияние оказывают факторы биологического риска, условия окружающей среды, социально-гигиенические условия, а также отсутствие психологических установок на здоровый образ жизни (Баранов А.А., 2003, 2008; Ильин А.Г., 2005).

Повышение уровня смертности в подростковом возрасте связывают со стремлением подростка уйти из семьи, начать трудовую деятельность, получить независимость в экономической и других сферах общественной жизни. И, вместе с этим, с малым, недостаточным жизненным опытом, ведущим к несчастным случаям, а также со сниженным уровнем здоровья вследствие накопления груза хронических болезней.

Исследовательская группа ВОЗ¹⁶ отмечает, что привычки, связанные с риском для здоровья, являются характерной неотъемлемой чертой процесса взросления. Особенности адаптационного поведения и состояния здоровья подростков во многом связаны с противоречием между ужесточением агрессивности внешней среды (экономической, социальной, экологической), предъявляющей повышенные требования к адаптационным механизмам молодого организма, и пониженной способностью к адекватным реакциям в этом возрасте.

Современный высокий уровень смертности детей подросткового возраста во многом обусловлен причинами медицинского и медико-социального характера. Отмечается углубление социальной депривации подростков и социального неблагополучия молодежи, которые происходят на фоне неадекватной профилактической деятельности учреждений здравоохранения, образования, социального обеспечения и снижения оздоровительной роли и функции современной семьи.

3.1. Медико-социальные проблемы бедности

В первые годы становления рыночных отношений в России бедность воспринималась как временное обострение социально-экономических проблем в условиях реформирова-

¹⁶ Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» / ВОЗ. – Копенгаген, 2005. – 23 с.

ния, однако до настоящего времени бедность остается характерной чертой современной российской действительности. Именно бедность определяет ограниченность доступа значительной части населения России к ресурсам развития: высокооплачиваемой работе, качественным услугам образования и здравоохранения, возможности успешной социализации детей и молодежи. Низкий уровень доходов значительной части семей в сочетании с чрезмерной поляризацией доходов обуславливают социальный разлом общества, вызывают социальную напряженность, препятствуют успешному развитию страны, определяют кризисные процессы в семье и обществе.

Снижение реальных доходов населения и их чрезмерная дифференциация – это две основные тенденции в изменении уровня жизни граждан России с начала 90-х годов 20 века по настоящее время¹⁷.

По официальным данным Госкомстата России в 2007 году реальные доходы граждан России составили 31,1% от уровня 1990 года, а коэффициент дифференциации доходов увеличился за тот же период с 4,5 до 14,5 раз¹⁸.

Основу официально публикуемых данных об уровне бедности составляет индекс численности бедного населения, определяемый в российских условиях как доля населения с доходами ниже прожиточного минимума. Согласно данным Госкомстата России, в 2007 г. доля бедных в населении России составляет 13,4% или 18,9 млн. человек¹⁷.

В новых экономических условиях, как и в советское время, в наиболее сложном материальном положении оказались неполные и многодетные семьи: доля бедных среди них достигает 60–80%. Высоким риском попадания в бедные характеризуются семьи, имеющие в своем составе инвалидов, безработных, семьи беженцев и вынужденных переселенцев.

Более высокий риск попадания в бедные у сельских жителей. Особенностью современной России являются возросшие территориальные контрасты в уровне жизни. По данным Росстата, в 2007 году только 17 регионов России имеют долю бедного населения ниже среднероссийского уровня.

Объективной экономической основой бедности и превращения ее в общенациональную проблему является глубокий экономический спад, отказ государства от ряда социальных гарантий советского периода: обеспечения полной занятости трудоспособных, всеобщей доступности образования и здравоохранения и др.

Абсолютная детская бедность – нередкое явление, но, к сожалению, получение достоверных статистических данных о масштабах и характере данной проблемы связано со значительными трудностями. С другой стороны, ЮНИСЕФ (2005) удалось провести оценку риска бедности для детей. Согласно этой оценке, Российская Федерация отвечает критериям бедности, представляющей угрозу для детей. В докладе ЮНИСЕФ подчеркивается, что бедность – это более широкое явление, чем только материальные лишения и что по сравнению со взрослыми для детей она имеет другие характеристики и последствия¹⁹.

¹⁷ Социальное положение и уровень жизни населения России – 2008 г.

URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b08_44/IssWWW.exe/Stg/html1/05-13.htm

¹⁸ Структура денежных доходов и удельный вес расходов в денежных доходах населения. – Федеральная служба государственной статистики.

<http://www.gks.ru>

¹⁹ UNICEF Innocenti Research Centre. Child poverty in rich countries 2005 // Florence, United Nations Children's Fund (Report Card No. 6;

<http://www.unicef-icdc.org/publications>.

3.2. Беспризорность и безнадзорность

Беспризорность и безнадзорность – одна из самых тревожных проблем современной России. По данным официальной статистики, сегодня в стране около миллиона непризорных детей, и цифра эта весьма приблизительна, потому, что фиксирует только тех, кто задерживается милицией, либо попадает в специализированные социальные учреждения для непризорных и безнадзорных детей²⁰. По разным подсчетам, в России количество непризорников колеблется от 2 до 5 млн. человек (Озеров В. А., 2002; Стеркин Ф., 2002).

Рост числа непризорных наблюдается в России с начала 1990-х годов. Россия в настоящее время «переживает третью волну непризорности несовершеннолетних после Гражданской и Великой Отечественной войн»²¹.

Наряду с непризорностью остро стоит и проблема безнадзорности подростков, оказавшихся без должного родительского внимания, причем на каждого непризорника приходится по 2–3 безнадзорных ребенка. В России насчитывается около 1 млн безнадзорных детей, у которых есть родители. Из них более 367 тыс. – в возрасте 6–17 лет – не учатся, более 200 тыс. – находятся в приютах, у 182 тыс. родители лишены родительских прав, около 30 тыс. безнадзорных находятся в приемниках-распределителях²⁰.

В документах Совета Федерации причинами возникновения и роста непризорности называются разрушение государственной инфраструктуры социализации и воспитания детей, а также кризис семей (рост бедности, ухудшение условий жизнедеятельности, разрушение нравственных ценностей и воспитательного потенциала семей) (Климантова Г. И., 2002).

Существующее законодательство России по вопросам детской непризорности является весьма устаревшим (Прудников Б.П., 2004). В частности, уголовно-процессуальные нормы по защите свидетелей и пострадавших недостаточно эффективны, что приводит к отказу несовершеннолетних давать показания против сексуальных насильников.²²

Ведущими причинами непризорности считаются криминализация общества, широкое распространение новых для России видов правонарушений (проституция, наркоторговля), слабый контроль за работодателями, вовлекающими детей в нелегальные виды деятельности. Выделяется также нелегальная миграция детей (часто без сопровождения взрослых) из бывших республик СССР, вызываемая вооруженными конфликтами и ещё более тяжёлым экономическим положением этих стран²³.

Существенно сократилось число, выросла платность и снизилась доступность для семей детских дошкольных учреждений, образовательных заведений, домов детского творчества, детских санаториев, домов культуры, спортивных учреждений, музеев, учреждений семейного отдыха и досуга и летнего отдыха детей, музыкальных и художественных школ. Дети вытесняются на улицу.

20 Здравоохранение в России, 2006 // Статистический сборник. – М., 2007. – С. 60.

21 В России – «третья волна» непризорности, безнадзорности, неграмотности и преступности подростков // NEWSru.com, 1 июня 2005.

22 Проблемы детской безнадзорности и непризорности в Российской Федерации: социально-политические последствия и современные технологии решения // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2003. – № 14. – С. 12.

23 Подросток мигрант (Информация Московского городского центра «Дети улиц») // Социальное обеспечение. – 2002. – № 12. – С. 5.

Сведений о состоянии здоровья и смертности среди данной когорты детей практически нет (Нечаева А.М., 2001; Арефьев А.Л., 2003). Мониторинг за беспризорными и безнадзорными детьми, поступившими в медицинские учреждения г. Москвы, показал, что у 58,2% из них были выявлены социально опасные и социально значимые болезни, 11% страдают различными психическими расстройствами, 6% регулярно употребляют алкоголь, наркотические и психоактивные вещества (Егоренков А.М., 2008).

3.3. Наркомания и токсикомания у подростков

В Российской Федерации, как и в большинстве развитых стран мира, одним из значимых индикаторов социально-экономической ситуации является уровень потребления алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ (ПАВ), а также распространенности таких социально-значимых заболеваний, как алкоголизм, нарко- и токсикомании.

За период 1996–2006 гг. количество официально зарегистрированных наркоманий среди детей в возрасте 15–17 лет увеличилось в 1,2 раза, токсикоманий – в 2,3 раза, алкоголизма – 2,4 раза²⁴.

По данным государственной статистики количество подростков, больных наркологическими расстройствами, последние годы колеблется в пределах 12,6–12,7 тыс. человек, т.е. около 1,8% от численности подросткового населения. В 2006 г. показатель распространенности данных расстройств составил 1898,7 на 100 тыс. детей в возрасте 15–17 лет. При этом на потребителей алкоголя пришлось 75%, наркотиков – 9,6%, ненаркотических ПАВ – 15,4%. Среди них удельный вес больных с синдромом зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания) составил 7,1%²⁴.

Злоупотребление алкоголем без формирования синдрома зависимости в подростковом населении находится на стабильно высоком уровне: в 2006 г. в России зарегистрировано 92 767 подростков, злоупотребляющих алкоголем, 1385,6 в расчете на 100 тыс. подросткового населения. Наряду с этим в подростковой группе чрезвычайно высок показатель употребления алкоголя с вредными последствиями, который оказался выше, чем в населении всех возрастов в 3 раза, и имеет тенденцию к росту. Наиболее весомым маркером неблагоприятной тенденции в распространенности алкоголизма является динамика алкогольных психозов, распространенность которых у детей в возрасте 15–17 лет составляет 1,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста и по сравнению с 2000 годом увеличилась в 2,5 раза²⁴.

В 2006 году специализированными учреждениями в России зарегистрировано 1 792 подростка с диагнозом наркомания (26,8 на 100 тыс. подросткового населения). Среди них 69% подростков страдают зависимостью от опиоидов, 23% – от каннабиноидов, 1,4% – от психостимуляторов и 6,6% – от иных наркотиков и их сочетаний (полинаркомания). Синдромом зависимости от наркотиков был установлен у 16,7% подростков с диагнозом наркомания (154,8 в расчете на 100 тыс. подросткового населения)²⁴.

Уровни токсикомании и злоупотребления ненаркотическими ПАВ у подростков выше, чем показатели, характеризующие распространенность наркомании и злоупотребления наркотиками. В 2006 году они составили соответственно 70,8 и 223,2 на 100 тыс. подросткового населения.

Высокая смертность, выраженная социальная дезадаптация, криминализация, поражение ВИЧ-инфекцией и другими опасными заболеваниями – вот далеко не полный перечень

²⁴ Здравоохранение в России, 2008 // Статистический сборник. – М., 2009. – С. 46–49.

последствий наркоманий, токсикомании и алкоголизма (Рамазанов Р.С., 2005). Официальные данные свидетельствуют о том, что **смертность подростков в 5–6% случаев связана с острым отравление наркотиками и алкоголем**²⁴.

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 3.4. Суицидальное поведение подростков

Суицидальное поведение подростков стало весьма актуальной проблемой в экономически развитых странах. Во многих европейских странах самоубийства подростков занимают 2–3-е место среди причин смерти в этом возрасте. Рост суицидального поведения молодежи происходит в периоды экономических кризисов и резких социальных преобразований (Вертолете Х.М., 2005).

Резкий рост самоубийств, отмеченный в России в 1987—1994 гг., объясняется негативными последствиями проводимых в обществе реформ. Снижение же их числа в дальнейшем связывают с возможной адаптацией значительной части населения к сложившимся в обществе социально-экономическим отношениям и некоторой их стабилизацией.

Россия входит в число государств с наиболее неблагоприятной суицидологической обстановкой. В структуре смертности от внешних причин смертность от преднамеренных самоповреждений (самоубийств) среди подростков 15–19 лет в 2008 году составляла 18,4%²⁴. При этом среди сельской молодежи показатели смертности от самоубийств выше в 2,2 раза (Абросимова М.Ю., 2007).

Бесспорно, что настоящее число суицидов еще выше, поскольку не всегда сообщается о реальной причине смерти, или она скрывается под названием «смерть от несчастного случая» (Игумнов С.А., 2005).

Причины подростковых самоубийств это, прежде всего, конфликты с окружающими. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный Генеральной Прокуратурой России, показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих²⁵.

В настоящее время суицидальное поведение подростков стало рассматриваться как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых микросоциальных конфликтов (Игумнов С.А., 2005; Куликов А.В., 2007). Установлено, что лишь в 10 % у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90 % суицидальное поведение подростка – это психотическое состояние. Однако именно в подростковом возрасте дифференциация между истинными покушениями и демонстративными действиями бывает чрезвычайно затруднена.

Одним из важнейших факторов риска суицидального поведения являются психические расстройства депрессия и шизофрения (Жариков Н.М., 1997; Аптер А., 2005; Wagner B., 1995; Harkavy-Friedman J., 2004). Больные эндогенными заболеваниями с суицидальным поведением требуют особого внимания со стороны психиатров и нуждаются в лечении и реабилитации. Профилактика суицидального поведения у подростков с психическими нарушениями заключается в своевременном выявлении эндогенного характера расстройств настроения и поведения, лечении и мерах, направленных на коррекцию нарушенных семейных отношений, учебных и социальных трудностей.

²⁵ О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков. Письмо Минобразования России от 26.01.2000 № 22–06–86.– <http://www.narcom.ru/>

3.5. Травматизм у подростков

В мире дорожно-транспортный травматизм является второй по масштабам причиной смерти детей и молодёжи в возрасте от 5 до 25 лет. В последнее время отмечается возрастание роли дорожно-транспортных происшествий в структуре внешних причин смерти, особенно в молодом возрасте²⁶.

Проблема детского дорожно-транспортного травматизма остаётся крайне острой и для России. Несмотря на то, что в РФ регистрируется снижение основных показателей аварийности с участием детей и подростков, масштабы детского дорожно-транспортного травматизма по-прежнему недопустимо велики. Увеличилось количество ДТП, в которых пострадали дети, являющиеся пассажирами. Каждое девятое дорожно-транспортное происшествие в РФ происходило с участием несовершеннолетних, большая часть из них (56,9%) зафиксирована в период летних каникул (с мая по сентябрь)²⁷.

Значительной остаётся доля дорожно-транспортных происшествий с участием детей-пешеходов. Только в 2006 году при переходе дороги погибло 537 детей, зафиксировано 638 ДТП, произошедших по причине появления ребёнка на проезжей части без сопровождения взрослого, 257 ДТП произошло вследствие игры детей на проезжей части дороги. Причинами такого положения дел являются, прежде всего, отсутствие должного контроля за детьми со стороны взрослых, а также неудовлетворительное состояние улично-дорожной сети, отсутствие дорожной разметки, пешеходных переходов, барьерных ограждений, освещения улиц в тёмное время суток, дорожных знаков 1.23 «Дети» вблизи образовательных учреждений.

Актуальность проблемы дорожно-транспортного травматизма в России обуславливают глобальная автомобилизация, недостаточно безопасные транспортные средства, низкий профессионализм водителей, отсутствие своевременной полноценной медицинской помощи пострадавшим.

Анализ показывает, что в подавляющем большинстве дети страдают по вине взрослых участников дорожного движения: управление транспортом в состоянии опьянения, превышение скорости, выезд на полосу встречного движения и т.д.²⁸.

Ведущей причиной смерти детей при ДТП является шок, массивная кровопотеря, тяжёлая черепно-мозговая травма с угнетением витальных функций при недостаточном объёме и низком качестве первичной медицинской помощи на месте происшествия и при транспортировке больного в лечебное учреждение не только в сельской местности, но и в городах. Почти половина пострадавших доставлялась в больницу попутным транспортом. Причем часть больных попадала в такие лечебные учреждения, где из-за отсутствия достаточной материально-технической базы и нехватки квалифицированных специалистов уровень медицинской помощи был крайне низок или она вовсе не оказывалась. Исследования показывают, что 30% смертей можно было предупредить профилактическими мерами, а контроль за детьми на дорогах мог бы предотвратить 17% смертей (Баранов А.А. и соавт., 2007).

²⁶ Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. – М., 2004. – С. 236–237.

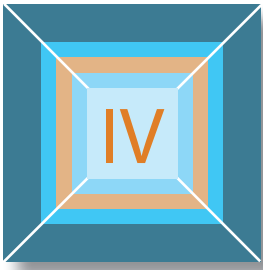
²⁷ Всероссийская акция «Внимание – Дети!». – ГИБДД МВД РФ <http://www.gibddsao.ru/>

²⁸ Дорожная безопасность для детей и молодёжи в Европе // ВОЗ, Копенгаген, 2007. – 35 с.

 **Заключение**

Уровень и условия жизни являются несомненной доминантой в формировании здоровья и смертности населения России в современных условиях, в том числе и детей подросткового возраста. Среди них преобладают социально-экономические параметры. Прежде всего, это бедность, которая создает повышенный риск заражения инфекционными заболеваниями, повышенные показатели курения, алкоголизма, токсикомании, высокий уровень соматических заболеваний, более выраженное воздействие факторов окружающей среды, неудовлетворительное питание и многое другое, что может явиться непосредственной причиной гибели подростков. Бедность является причиной возникновения и роста беспризорности. По большому счету, бедность определяет влияние большинства других факторов.

Основное место в структуре смертности подростков занимают внешние причины. Среди них серьезную проблему в области охраны здоровья детей и подростков во всех регионах России составляют травмы и насилие, которые является следствием взаимодействия целого ряда факторов окружающей среды. Особенно высоко бремя дорожно-транспортного травматизма и бытового насилия, как физического, так и психологического. Психологическое насилие трудно поддается констатации, в отличие от физического, и может приводить к долгосрочным нарушениям психического здоровья, таким как депрессия и заниженная самооценка, суицидальное поведение.



РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ В РОССИИ

4.1. Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами

Для большинства стран мира такие демографические характеристики, как младенческая и детская смертность, являются основополагающими и стратегическими на среднесрочную и долгосрочную перспективы.

Во всех документах ВОЗ проблема сохранения жизни и здоровья детей определена как важная стратегическая задача сохранения жизни и здоровья населения в целом. Инвестиции в здоровье детей на ранних этапах развития предполагают получение большой отдачи на последующих этапах их жизни и полезны для всего населения и общества в целом.

Отмечающийся в последнее время в России экономический рост, сокращение масштабов бедности, стабилизация экологической ситуации, расширение международных контактов и обмена информацией способствуют определённой успешности реализации мер, направленных на улучшение благополучия семей, на сокращение младенческой и детской смертности.

В то же время, несмотря на определённые формирующиеся положительные тенденции динамики показателя подростковой смертности, его уровень продолжает оставаться значительно выше среднеевропейского.

Высокий уровень смертности подростков определяется достаточно большим числом факторов. Это, в первую очередь, социально-экономическое положение семьи, социальная защищённость подростка и его семьи, а также эффективность системы медицинского обеспечения детей на всём периоде их развития, ресурсная обеспеченность системы охраны детства.

В системе оказания комплексной медико-социальной помощи детям старших возрастов, в плане снижения смертности, возрастает роль учреждений первичной медико-санитарной помощи.

В современных условиях развитие медико-социальной помощи детям, имеющее целью снижение смертности от предотвратимых причин, должно подразумевать планирование и реализацию совокупности социально-экономических, правовых и медицинских мероприятий.

Таким образом, проблема сохранения жизни детей разного возраста требует комплексного подхода к ее решению в рамках федеральной программы. Основным механизмом её реализации должно являться проведение целенаправленных скоординированных действий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, служб государственной и муниципальной системы здравоохранения, социальной защиты и образования, научных и общественных организаций.

4.2. Основные направления по профилактике смертности подростков

Методологической основой и важнейшими принципами комплексных медико-социальных программ по снижению смертности детского населения Российской Федерации должны быть:

- ◆ законодательное (правовое) обеспечение прав детей на жизнь и охрану здоровья;
- ◆ межсекторальный подход;
- ◆ региональный подход (учет территориальных, социально-экономических, этнических и культурных, экологических и др. особенностей субъекта Федерации);
- ◆ приоритет профилактических мер, направленных на устранение (снижение) предотвратимых причин детской заболеваемости и смертности;
- ◆ оказание приоритетного внимания детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Среди причин смерти подростков свыше 70% приходится на внешние причины. Анализ смертности подростков от внешних причин выявил высокий уровень этого показателя, отсутствие тенденции к снижению и следующие закономерности:

- ◆ насильственные действия, в том числе убийства и самоубийства, стали ведущей причиной смерти подростков. Это одна из наиболее негативных тенденций смертности детского населения России, сформировавшаяся в 90-х годах и сохраняющаяся в настоящее время;
- ◆ значимые гендерные различия;
- ◆ наличие сезонных колебаний детских потерь от неестественных причин (май – октябрь с пиком в летние месяцы);
- ◆ рост уровня смертности, связанной с употреблением психоактивных веществ.

Уровень неестественной смертности детей определяется множеством медико-организационных, медико-биологических и социально-гигиенических факторов. Среди последних существенное значение имеют такие, как недостаточный присмотр за детьми, их бессодержательное времяпрепровождение, конфликты в семье, незащищенность детей от неблагоприятных социальных воздействий, способствующих формированию и закреплению негативных черт личности, в т.ч. аутоагрессивных форм поведения. О том, насколько в смертности от внешних причин преобладающее значение имеет социальный фактор, красноречиво свидетельствует следующий факт: среди детей старше 10 лет суммарный показатель смертности от воздействия алкоголя и от преднамеренных самоповреждений превышает смертность от транспортных несчастных случаев.

Изложенное выше позволяет сформулировать следующие задачи, решение которых будет способствовать снижению детских потерь от неестественных причин:

1. Повышение эффективности и качества медицинской помощи, в том числе медико-социальной, на амбулаторно-поликлиническом уровне
2. Организация профилактики детского травматизма.
3. Предотвращение формирования суицидального поведения у подростков.
4. Профилактика употребления подростками психоактивных веществ (ПАВ).
5. Создание эффективной системы оказания медицинской помощи детям на всех ее этапах при неотложных состояниях.

4.3. Роль организации медицинской помощи подросткам в системе мер по снижению смертности

По мнению большинства исследователей, современный высокий уровень смертности детей подросткового возраста во многом обусловлен причинами медицинского и медико-социального характера. При этом проблема снижения смертности в подростковом возрасте неразрывно связана с вопросами совершенствования организации, повышения эффективности и качества оказания медицинской и медико-социальной помощи детям и их семьям. Поэтому основной объём данной помощи должен приходиться на детские амбулаторно-поликлинические учреждения первичного звена.

В связи с передачей детей старшего подросткового возраста в педиатрические учреждения, подразделения детской поликлиники (поликлинические отделения) должны решать следующие задачи.

Лечебно-профилактическое отделение. Амбулаторный прием и оказание помощи на дому всем детям от 0 до 17 лет включительно по поводу острых и обострения хронических заболеваний. Диспансерное наблюдение детей в возрасте 0–17 лет включительно, профилактическая работа среди работающих подростков. Оценка состояния здоровья подростка, его социальных возможностей на основе медицинской, социальной, педагогической информации о нем. Разработка программ профилактики расстройств соматического, репродуктивного, психического здоровья, программ медицинского наблюдения, лечения, коррекции, оздоровления, реабилитации. Контроль своевременности, объема, качества и эффективности медицинской помощи подросткам. Для решения важнейших проблем, связанных с охраной репродуктивного здоровья (профилактика болезней органов репродуктивной системы, ИППП, нежелательной беременности и др.) врач-педиатр привлекает специалистов, работающих в консультативно-диагностическом отделении, акушера-гинеколога, уролога-андролога. Учитывая завершение формирования в этом возрасте психосоциальной зрелости, предстоящую военную службу, выбор профессии, лечебно-диагностическое отделение тесно взаимодействует с территориальными специализированными диспансерами (психиатрическим и наркологическим), а также с отделением медико-социальной помощи и отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

Отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях обеспечивает организацию оказания медицинской помощи, в том числе и профилактической, подросткам в образовательных учреждениях. Отделение обеспечивает работу по врачебно- профессиональному консультированию и профориентации, осуществляет свою деятельность в тесном сотрудничестве с педагогами и психологами образовательных учреждений.

Отделение медико-социальной помощи выявляет факторы индивидуального и семейного медико-социального риска, осуществляет медико-психологическую помощь, правовую помощь, участвует в реабилитации детей-инвалидов, гигиеническом воспитании.

Из-за того, что отсутствуют штатные нормативы и рекомендации Минздравсоцразвития России по организации отделения медико-социальной помощи подросткам, формирование этого отделения в каждой территории имеет свои особенности.

В некоторых регионах и муниципальных образованиях штатное расписание детских поликлиник не отвечает возросшим нагрузкам по объемам профосмотров декретированных

групп детского населения и объемам вакцинопрофилактики, хотя на федеральном уровне штаты детских поликлиник за последние годы значительно расширены.

Важным аспектом работы органов и учреждений по предупреждению заболеваний среди социально незащищенных детей, в том числе подросткового возраста, является проводимая в рамках реализации демографической политики диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в стационарных учреждениях системы образования и здравоохранения (детские дома, интернаты, дома ребенка). Финансирование данной работы предусмотрено из средств федерального бюджета в течение 2008–2010 годов (приказ Минздравсоцразвития России от 21.09.2008 г. № 183 к).

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 4.4. Проблемы медико-социальной помощи подросткам

Специфика и сложность проблем подросткового контингента в современных условиях социально-экономического развития общества вызывает настоятельную необходимость принятия решения о наиболее целесообразных мерах медико-социальной помощи подросткам и их родителям совместно с педиатром, психологом, психотерапевтом, социальным работником, юристом. Именно на этих специалистов должны быть возложены функции координаторов деятельности различных учреждений (образования, здравоохранения, социальной защиты, милиции, административных органов управления), в первую очередь, представленных на региональном, муниципальном уровнях. Такой подход на практике позволит обеспечить интеграцию медицинской и социальной деятельности для наиболее эффективного осуществления превентивных мероприятий по обеспечению здоровья и социального благополучия подростков.

Для обеспечения возможности оказания своевременной адекватной и эффективной медико-социальной помощи целесообразно создание системы мониторинга для анализа реальных проблем жизнедеятельности семьи, имеющей в своем составе ребенка-подростка, оценки ее потенциальных оздоровительных ресурсов. Развитие семейной политики в РФ должно предусматривать, в частности, возможность оказания материальной помощи и поддержки подросткам и их семьям в зависимости от активности их участия в реализации программ медико-социальной помощи, направленных на формирование здорового образа жизни, социального здоровья и благополучия молодежи.

В процессе совершенствования системы медицинского обеспечения детей на подростковом этапе развития необходимо предусмотреть возможность реализации комплексных региональных и муниципальных программ медико-социальной помощи, обеспечивающих наиболее оптимальные формы взаимодействия как различных ведомств (здравоохранения, образования, социального обеспечения, юстиции и др.), так и общественных организаций, что должно способствовать рациональному использованию ограниченных ресурсов.

В этой связи назрела необходимость разработки стандартов оказания медико-социальной помощи семьям, имеющим в своем составе детей подросткового возраста, гарантирующих объем, вид и формы ее осуществления на данном этапе социально-экономического развития общества и сформировавшихся проблем развития профилактической направленности системы оказания помощи подросткам.

4.5. Профилактика любых видов травматизма

По мнению ВОЗ, учитывая междисциплинарный характер содействия борьбе с травмами и обеспечению безопасности, сектор здравоохранения должен четко определить свой оптимальный вклад в этот процесс. ВОЗ выделяет пять приоритетных направлений деятельности: поощрение активной работы заинтересованных секторов; надзор за влиянием на здоровье тех травм, которые вызваны несоблюдением правил безопасности и небезопасными продуктами; планирование и мониторинг травматологических служб; санитарное просвещение с участием медиков; интенсификация исследований по безопасности и борьбе с травмами.

Решению проблемы, связанной с несчастными случаями будут способствовать следующие мероприятия:

- ◆ разработка и осуществление широкомасштабной программы борьбы с несчастными случаями, включающей создание травмобезопасной среды и выработку у детей поведенческих реакций, снижающих риск травматизма;
- ◆ своевременное выявление и принятие мер к пресечению случаев жестокого обращения в детско-подростковом возрасте;
- ◆ организация и совершенствование системы детской и подростковой психологической помощи;
- ◆ квалифицированная доступная доврачебная и своевременная специализированная помощь при несчастных случаях.

Дети подвержены совершенно определенным видам травм и могут быть объектом превентивных мероприятий. По данным литературы, профилактическими мерами можно предупредить до 30% смертей. Правильная оценка степени тяжести повреждения и подбор больных с острой травмой, оптимальный объем догоспитальной помощи при тяжелых сочетанных повреждениях черепа и конечностей снижают летальность на 15–27%, а контроль за детьми на дорогах мог бы предотвратить 17% смертей.

Санитарно-просветительную работу по профилактике несчастных случаев и насильственных причин смерти необходимо вести всем медицинским работникам. Рекомендации по основам безопасности должны быть неотъемлемой частью любого контакта педиатров и пациентов. Причем профилактическая работа не должна быть «безликой» – ее необходимо проводить с учетом возраста ребенка; возраста, образовательного уровня, социального положения родителей; типа семьи, ее психологического климата и т.д. В настоящее время к решению профилактических задач должны подключаться психологи, социальные работники отделений медико-социальной помощи детских поликлиник.

Оценка значимости социально-гигиенических факторов, оказывающих влияние на уровень неестественной смертности, и анализ основного места гибели детей, показали, что ведущим фактором является бесконтрольность досуга детей. Поэтому весьма важной является организация досуга путем создания широкой сети детских площадок, парков, катков, снежных гор, досуговых центров, комнат для отдыха и игр. Необходима разработка новых нормативных документов по организации детского досуга и борьбе с детским травматизмом.

4.6. Создание эффективной системы оказания медицинской помощи детям при неотложных состояниях на всех этапах

С учетом по возрастной смертности детей от заболеваний и неестественных причин неотложная помощь детям должна быть подчинена следующим принципам:

- ◆ обеспечение доступности и преемственности на этапах;
- ◆ оказания помощи;
- ◆ повышение доступности специализированной медицинской помощи;
- ◆ активная, рациональная транспортировка;
- ◆ максимальное использование современных технологий;
- ◆ непрерывное обучение всех медицинских работников;
- ◆ по неотложной помощи, реанимации и интенсивной терапии у детей.

На совершенствование системы оказания медицинской помощи детям при неотложных состояниях направлено воссоздание в структуре детских поликлиник отделений неотложной помощи (приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2006 г. № 319 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники»). Это имеет особую актуальность для тех регионов, где отсутствуют педиатрические бригады «скорой помощи».

В настоящее время на основании приказов Минздрава РФ от 30.12.2003 г. № 622 «О мерах по дальнейшему совершенствованию токсикологической помощи детям в Российской Федерации» и № 624 «О мерах по дальнейшему совершенствованию реанимационной помощи детям в Российской Федерации» происходит реформирование реанимационной и токсикологической помощи детям.

Необходимо обучение родителей, педагогов, водителей, сотрудников Государственной инспекции безопасности дорожного движения, Государственной противопожарной службы, инструкторов по физической культуре и плаванию, старшеклассников основам оказания первой доврачебной медицинской помощи. Актуальным является создание каналов оперативной связи между дорожно-патрульной службой, бригадами скорой медицинской помощи и стационарами как решающего условия их эффективного взаимодействия, телефонизация всех фельдшерских пунктов, школ, детских дошкольных учреждений.

4.7. Предотвращение формирования суицидального поведения у подростков

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что до 92% суицидов у детей прямо или опосредованно связано с неблагополучием в семьях, в большинстве случаев относящихся к асоциальным. Неблагоприятная семейная обстановка (алкоголизм, конфликты, жестокое обращение с детьми, отсутствие внимания к проблемам детей), бессмысленные физические наказания и затрудненная школьная адаптация – являются основными причинами возникновения у детей суицидальных идей.

Рост самоубийств в значительной степени вызван ослаблением роли традиционных социальных институтов, регламентирующих взаимоотношения между поколениями и отдельными людьми. Кроме того, высокая распространенность употребления детьми ПАВ также способствует увеличению частоты суицидов.

Современная действительность демонстрирует высокую частоту жестокого обращения и насилия над детьми со стороны взрослых, поэтому необходимо объединение усилий различных структур и ведомств для своевременного выявления и принятия мер к пресечению этих фактов, способствующих суицидам.

Для снижения аутоагрессивных форм поведения у детей несомненно важны пересмотр всей системы социальной защиты семьи и детей, возрождение традиций семейного воспитания, защита детей от неблагоприятных социальных факторов, повышение социальной адаптированности детей на всех этапах развития.

В основные направления программ суицидальной превенции должны быть включены организация и совершенствование системы психологической помощи детям.

В профилактике формирования суицидального поведения должны принимать непосредственное участие структуры здравоохранения (детская поликлиника, детская наркологическая служба), образования (психолог школы), социальной защиты.

Медицинская профилактика самоубийств детей включает в себя раннее выявление нервно-психических заболеваний у детей, широкое использование консультативной психологической помощи, помощь психиатра при расстройствах поведения, некорректируемых педагогическими методами, проведение профилактической работы детской наркологической службой, реализацию комплекса мер «социально-психологической реанимации» в семьях, переживших попытку суицида детьми. Наряду с этим необходима организация кризисных центров, где может быть своевременно оказана квалифицированная помощь детям с суицидальными формами поведения.

Учитывая тот факт, что в подростковом возрасте решение о самоубийстве часто носит импульсивный характер, большое значение имеет возможность немедленного обращения суицидентов за консультацией. Организация телефонной психологической помощи решает эти задачи, так как консультирование оказывается анонимно, практически незамедлительно и круглосуточно, что очень важно для лиц, находящихся в эмоциональном напряжении.

4.8. Профилактика употребления подростками психоактивных веществ

В феврале 2001 г. была проведена европейская конференция ВОЗ на уровне министров «Молодежь и алкоголь», на которой была принята декларация «Молодежь и алкоголь», направленная на защиту детей и молодежи от принуждений к употреблению алкоголя и на снижение ущерба, причиняемого им прямо или косвенно²⁹.

Российская Федерация тесно сотрудничает с ВОЗ как на международном уровне, так и в Европе в сфере разработки основ предупреждения последствий злоупотребления алкоголем с точки зрения общественного здравоохранения. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи обеспечивается профилактика и лечение алкоголизма. Создана сеть наркологических диспансеров, оказывающих медицинскую помощь больным алкоголизмом по месту жительства, при наличии показаний их направляют в специализированные медицинские учреждения федерального уровня.

²⁹ Здравоохранение в России, 2008 // Статистический сборник. – М., 2009. – С. 46–49.

В России пока отсутствует специальная федеральная целевая программа, направленная на борьбу с распространением алкоголизма и его последствиями для всего населения, однако различные Федеральные целевые программы включают в себя антиалкогольные компоненты. Так федеральная целевая программа «Молодежь России (2001–2005 годы)» имела среди целей: внедрение в практику эффективных методов психологической защиты, способствующих воздержанию от употребления алкоголя и психоактивных веществ; создание сети информационных служб по вопросам предупреждения употребления психоактивных веществ.

Утвержденная Указом Президента РФ от 9 сентября 2007 г. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, включает в себя: разработку мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, проведение в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками.

На снижение уровня алкоголизации населения нацелена также Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 годы».

Практически в каждом субъекте Российской Федерации развернуты подростковые наркологические отделения или изолированные палаты в отделениях для взрослых мощностью более 2 500 коек. Для лечения наркозависимых несовершеннолетних, организованы медико-психологические центры специализированной помощи подросткам с аддиктивным поведением и различными формами нарко- и токсикомании.

В ряде регионов организована самостоятельная наркологическая детско-подростковая служба. Кроме того, в структуре наркологических диспансеров, поликлиник, ведомственных лечебно-профилактических учреждений действовало более 300 подростковых кабинетов

Повышению качества лечебно-профилактической помощи подросткам с наркозависимостью и злоупотребляющим психоактивными веществами, обеспечению преемственности между специализированными нарко- и токсикологическими службами и детскими соматическими больницами и поликлиниками способствовало введение в действие приказа Минздрава России от 30 декабря 2003 г. № 623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним».

Специалисты подростковой наркологической службы активно сотрудничают с детскими поликлиниками, подростковыми кабинетами центральных районных больниц и поликлиник, органами муниципальной милиции, социальной помощи, судами, местной администрацией.

Приказом Минздрава России от 21.06.2002 № 201 «Об утверждении штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений» были введены должности заместителей главных наркологов регионов по детско-подростковой наркологии.

Лечение наркомании в настоящее время проводится по стандартам, отраженным в приказе Минздрава России от 07.05.98 № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» с внесенными дополнениями в части оказания наркологической помощи детям в 2002 году.

В ноябре 2003 года состоялось первое Всероссийское совещание детских наркологов, в котором приняли участие ответственные сотрудники Госнарконконтроля, Минобразования России и Минтруда России. На втором Всероссийском совещании детских наркологов

23–25 ноября 2004 г. в г. Чебоксары были обсуждены вопросы организации и совершенствования наркологической помощи детям и подросткам в свете проводимой в стране административной реформы. На совещании был рассмотрен проект приказа Минздравсоцразвития России, определяющий структуру и место детской и подростковой наркологической службы в общей системе профилактики и лечения нарко-, токсикомании и алкоголизма, преемственность всех этапов (амбулаторного, стационарного, реабилитационного) оказания наркологической помощи детскому населению, межведомственного взаимодействия в решении проблем борьбы с алкоголизмом, нарко- и токсикоманиями, предупреждения и распространения этих социально-значимых заболеваний.

Минздравсоцразвития России придает важнейшее значение научным исследованиям в сфере профилактики наркоманий. На основе теоретических исследований разработаны профилактические программы для подростков, для родителей, учителей, сверстников. Совместно со специалистами Минобразования России разработана и принята в качестве руководства к действию «Концепция реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ». В последние годы подготовлено множество научных и научно-практических изданий по вопросам профилактики злоупотребления ПАВ.

Таким образом, обеспечение своевременного выявления и лечения наркологических заболеваний, контроля за разработкой и реализацией различных профилактических программ межведомственного взаимодействия, пресечение случаев косвенной пропаганды наркотиков и излишнего заострения внимания детей на этой проблеме остается одной из основных задач Минздравсоцразвития России по борьбе с употреблением детьми и подростками наркотических средств и алкоголя.

4.9. Основные направления медико-социальной помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

Проблема медицинского и социального обеспечения детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, без надзора родителей или иных опекунов, занимающихся бродяжничеством и попрошайничеством, профилактика среди них инфекционных, социально значимых и иных заболеваний, коррекция отставания в физическом и умственном развитии, девиантных форм поведения, их гибели, являются одной из серьезных проблем, стоящих перед государством, обществом и системой здравоохранения.

Важнейшая роль в осуществлении государственной политики в отношении детей отводится реализации программно-целевого подхода комплексной помощи детям, особенно нуждающимся в социальной защите, решения острых проблем детства. В 2003–2006 годах реализовывались мероприятия федеральной целевой программы «Дети России» утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 года № 732, в которую входила подпрограмма «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

В настоящее время деятельность специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, опирается на Федеральный закон 1999 года «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Далее был принят ряд Постановлений Правительства РФ:

– «О дополнительных мерах по усилению профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних на 2002 год» № 154 13 марта 2002 г .

– «О Порядке расходования и учета средств федерального бюджета, предусмотренных на финансирование деятельности, связанной с перевозкой между субъектами Российской Федерации, а также в пределах территорий государств – участников Содружества Независимых Государств несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений» № 525 от 18.08.2005 г.

– «Об утверждении норм обеспечения на безвозмездной основе питанием, одеждой, обувью и другими предметами вещевого довольствия учреждений, обеспечение деятельности которых по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних является расходным обязательством Российской Федерации» № 659 от 07.11.2005 г.

Для координации этой работы в МВД России постоянно действует Оперативный штаб по оказанию помощи беспризорным и безнадзорным детям, а во всех заинтересованных министерствах, в том числе в Минздравсоцразвития, - отраслевые штабы .

Для формирования единых подходов к охране здоровья и организации медицинской помощи этой группе населения, Минздравом России был издан приказ № 307 от 14.07.2003 г. «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним». Приказом утверждены ряд организационных нормативов, обязательных для исполнения всеми лечебно-профилактическими учреждениями Российской Федерации при оказании медицинской помощи беспризорным детям.

Государственным комитетом Российской Федерации по статистике были утверждены формы федерального государственного статистического наблюдения за беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними (постановление Госкомстата России от 30 августа 2002 г. № 170а).

Совместным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социального развития Российской Федерации № 273/171 от 21.08.2002 г. были утверждены Рекомендации по взаимодействию органов управления и учреждений здравоохранения и органов управления и учреждений социальной защиты населения по вопросам выявления семей, находящихся в социально опасном положении.

Издан совместный приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства внутренних дел Российской Федерации № 414/633 от 20.08.2003 г. «О взаимодействии учреждений здравоохранения и органов внутренних дел в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, доставленным в органы внутренних дел».

Для более успешной работы по профилактике безнадзорности необходимо и совершенствование законодательной базы. Это относится и к самому закону об основах системы профилактики безнадзорности, и к дальнейшему регулированию деятельности комиссий по делам несовершеннолетних, и к защите прав несовершеннолетних, и к усилению ответственности родителей за воспитание, образование и содержание детей.



Таким образом, существуют реальные резервы снижения детской смертности. Представленные пути предотвращения детских потерь в подростковом возрасте могут быть реализованы при целенаправленной и совместной работе органов государственной власти, органов и учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты, общественных организаций, всего общества в целом.

Основой такого сотрудничества в работе по профилактике детской смертности должны стать принцип истинной приоритетности охраны здоровья детей, а также интеграция и преемственность в действиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи / Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. Пер. Е. Ройне. М: Смысл, 2005.– С.192–208.
2. Абросимова М.Ю., Альбицкий В.Ю., Галямова Ю.А., Созинов А.С. Здоровье молодежи / Казань: Медицина, 2007.– 220с.
3. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4.– С.12–15.
4. Анохин Л.В., Бойко И.Б. Общие закономерности развития суицидальной ситуации в стране // Здравоохранение Российской Федерации.– 2000.– № 3.– С.20–22.
5. Арефьев А.Л. Беспризорные дети // Социологические исследования – 2003. – № 9. – С.61–72.
6. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения) / М.: Союз педиатров России, 2009.– 392с.
7. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей (новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях) / руководство для врачей.– М., 2008.– 424с.
8. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Подростки: тенденции здоровья, пути его сохранения и укрепления // Социальные и организационные проблемы педиатрии: Избранные очерки. – Москва: «Династия», 2003. – С. 153–173.
9. Барканов В.Б. Медико-социальные проблемы насильственной смерти детей и подростков в крупном промышленном центре: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– СПб, 2005.– 24с.
10. Белозерцева И. Клинико-психологическая характеристика детей-суицидентов. Признаки, симптомы, поведение ребенка // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2002. – №10. – С.27–31.
11. Вертолете Х.М. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959–2000 гг.) / М: Смысл, 2005.– С.17–27.
12. Вроно Е.М., Ратинова Н.А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии // Труды МНИИ психиатрии.– М.: Моск. НИИ психиатрии, 1999.– С. 38–46.
13. Гаткин Е. Психологические травмы и самоубийства // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2000. – №2. – С.31–36.
14. Горская М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков // Вестник психосоциальной работы. – 1994. – № 1. — С. 4452.
15. Декларация «Молодежь и алкоголь» // резолюция EUR/RC51/R4.
16. Егоренков А.М., Рачина Л.В., Пирожникова Н.А. Организация оказания медицинской помощи беспризорным детям в условиях столичного мегаполиса // Мат. XII Конгресс педиатров России.– М., 2008.– С.438.
17. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии.– 1997.– т. 97.– № 6.– С. 9–15.

18. Игумнов С.А. Психотерапия детей и подростков: Психоанализ в детском возрасте; Суицидальное поведение подростков; Семейное консультирование; Комплексная реабилитация / Ростов: Феникс.– 2005.– 288с.
19. Ильин А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.– М., 2005.– 48с.
20. Климантова Г. И., Федотовская Т. А. О профилактике беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации // Аналитический вестник. Сер. № 46 «Основные проблемы социального развития России».– 2002.– № 20.– С. 24.
21. Куликов А.В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии.– 2007.– № 8.– С.15–23.
22. Нечаева А.М. Детская беспризорность – опасное социальное явление // Государство и право. – 2001. – № 6. – С.57–65.
23. Озеров В.А. Детская безнадзорность и беспризорность как один из факторов угрозы национальной безопасности России // Аналитический вестник. Сер. № 46 «Основные проблемы социального развития России», 2002.– № 20.– С. 17.
24. Попова Н.М. Суицидальное поведение у подростков / Психическое здоровье детей и подростков / Под ред. В.Я. Семке.– Томск–Кемерово, 1998.– С. 89–92.
25. Постановление Правительства РФ «О дополнительных мерах по усилению профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних на 2002 год» № 154 от 13 марта 2002 года.
26. Постановление Правительства РФ «О Порядке расходования и учета средств федерального бюджета, предусмотренных на финансирование деятельности, связанной с перевозкой между субъектами Российской Федерации, а также в пределах территорий государств – участников Содружества Независимых Государств несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений» № 525 от 18 августа 2005 года.
27. Постановление Правительства РФ «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2003–2006 годы» № 732 от 3 октября 2002 года.
28. Постановление Правительства РФ «Об обеспечении отдыха, оздоровления и занятости детей в 2006 году» № 215 от 17 апреля 2006 года.
29. Постановление Правительства РФ «Об утверждении норм обеспечения на безвозмездной основе питанием, одеждой, обувью и другими предметами вещевого довольствия учреждений, обеспечение деятельности которых по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних является расходным обязательством Российской Федерации» № 659 от 07.11.2005 года.
30. Приказ Минздрава России «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» № 151 от 07.05.1998 года.
31. Приказ Федеральной службы по труду и занятости «Об организации в 2006 году занятости несовершеннолетних граждан» № 83 от 10 мая 2006 года.
32. Приказ Минздрава России «О совершенствовании оказания медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям» № 47 от 07.02. 2002 года.
33. Приказ Минздрава России «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним» № 623 от 30 декабря 2003 года.

34. Приказ Минздрава России «Об утверждении штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений» № 201 от 21.06.2002 года.
35. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним» № 307 от 14.07.2003 года.
36. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства внутренних дел Российской Федерации «О взаимодействии учреждений здравоохранения и органов внутренних дел в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, доставленным в органы внутренних дел» № 414/633 от 20 августа 2003 года.
37. Приказ Президента РФ «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» от 9 сентября 2007 года.
38. Прудников Б.П., Рыбалкина О.П. Профилактика беспризорности, безнадзорности наркомании среди несовершеннолетних. Административно-правовое регулирование. Монография / М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 447 с.
39. Рамазанов Р.С. Медико-социальное исследование наркотизма среди подростков в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– М., 2005.– 24с.
40. Салахов Э.Р., Какорина Е.П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2004.– № 2.– С.13–20.
41. Стеркин Ф. Генпрокурор РФ: В России три миллиона беспризорных // Страна.Ру, 20 февраля 2002.
42. Федеральная целевая программа «Молодежь России (2001–2005 годы)».
43. Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 годы».
44. Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» № 120-ФЗ от 24 июня 1999 года.
45. Charlton, J., Kelly, S., Dunnell, K. et al. Trends in suicide deaths in England and Wales // Population Trends.– 1992.– N 69.– P.10–16.
46. Fombonne E., Wostear, G., Cooper, V. et al. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. I. Psychiatric outcomes in adulthood // British Journal of Psychiatry.– 2001.– vol. 179.– P.210–217.
47. Harkavy–Friedman J., Nelson E., Venarde D., Mann J. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression // Suicide Life Threat Behav.– 2004.– vol. 34.– N 1.– P.66–76.
48. Wagner B., Cole R., Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth // Suicide Life-Threat Behavior.– 1995.– vol. 25, N 3.– P.358–372.
49. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15–19 // J World Psychiat –2005.– v 4, N 2.– P.114–120.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

Динамика смертности российских подростков (на 100000) от основных причин в 1980-2008 гг. (оба пола)

Годы	Все причины	Новообразования	Болезни нервной системы	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Неточно обозначенные состояния	Травмы и отравления	В том числе					
								Транспортные несчастные случаи	Самоубийства	Убийства	Повреждения без уточнений	Прочие случайные отравления	Утопления
1980	123,2	8,5	5,2	5,6	4,7	0,8	84,4	24,1	14,4	8,4	3,2	3,5	8,8
1981	122,3	8,1	5,4	5	4,4	1,5	85,5	24,8	13,9	7,7	3,4	3,1	12,9
1982	115,6	8,9	5,3	5,3	3,4	1,2	78,5	22,7	14	7,1	3,4	2,6	8,7
1983	113,1	8,5	5,2	4,8	3,8	1,5	76,9	23,3	14	6,3	3,8	2,7	8,7
1984	113,0	8,9	5,6	5,5	4,3	1,4	74,8	20,8	14,7	6,6	4	2,9	7,9
1985	104,4	9,2	5	4,3	3,9	1,6	68,1	18,4	12,8	6,5	3,4	2,9	7,4
1986	91,8	8,5	4,6	4,6	3,7	0,5	58,6	17,4	10,7	4,5	3,5	3,2	6,6
1987	89,7	7,7	4,5	4,3	3	1,1	58,3	17,9	10,3	4,9	3	2,9	6,1
1988	101,7	8,3	4,6	4,5	2,8	1,3	69,6	24,2	12,8	5,9	3,5	3,1	6,9
1989	111,9	8,1	4,3	4,7	2,8	1,8	80,4	30	12,8	7,4	5,5	3,9	6,4
1990	113,1	8,4	3,8	4,7	2,8	1,8	82	28,6	15,1	8,7	6,2	3,8	5,3

1991	116,7	8,7	4,5	4,7	2,4	2,2	84,4	26,3	15,5	10,2	7,1	4	6
1992	126,5	8,6	5,4	4,8	2,7	2,6	91,7	25,5	16,2	14,1	9,2	4,3	6
1993	144,4	8,2	5	5	2,8	3,1	109,2	26,7	19,8	17,5	11,9	5,8	7,5
1996	212,2	8,1	5,9	7,7	4,2	5,6	166,4	27,9	34,5	19,7	19,4	10,7	13,1
1997	184,9	8,7	5,8	7,5	4,1	5,1	141,5	25,7	34,2	16,4	18,1	10,4	11,6
1998	185,3	8,8	5,7	7,1	3,8	5,0	143,4	27,0	33,0	15,7	18,9	11,4	12,4
1999	195,5	8,1	5,6	7,5	3,8	7,0	150,9	30,6	33,4	16,0	18,5	11,6	12,2
2000	208,7	8,0	5,1	7,7	4,3	9,7	161,8	31,1	35,7	17,6	17,8	15,1	10,8
2001	188,4	7,4	4,4	6,4	3,3	7,8	148,9	30,8	37,9	17,6	15,6	9,2	12,5
2002	179,1	7,4	4,9	6,1	2,9	6,7	143,2	33,6	36,8	18,5	14,0	6,0	10,8
2003	170,7	7,0	4,7	5,4	2,5	7,4	135,8	33,5	34,0	17,3	13,2	6,3	10,8
2004	166,2	7,1	4,3	5,7	2,6	6,5	131,6	34,6	32,4	16,5	13,4	5,6	9,6
2005	160,8	6,6	4,3	7,3	2,5	7,5	125,0	32,8	31,5	13,4	13,7	5,5	10,4
2006	156,4	7,2	4,5	7,1	2,6	5,6	121,4	32,6	30,9	12,8	13,5	5,8	9,0
2007	149,8	6,0	4,5	6,7	2,8	5,4	118,0	33,3	30,9	10,8	13,5	4,8	9,7
2008	147,5	6,4	3,8	7,4	2,7	5,3	115,1	30,6	31,4	11,1	13,7	4,6	8,5

Таблица 2

Динамика смертности российских юношей (на 100000) от основных причин в 1980-2008 гг.

Годы	Все причины	Новообращения	Болезни нервной системы	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Неточно обозначенные состояния	Травмы и отравления	В том числе					
								Транспортные несчастные случаи	Самубийства	Убийства	Повреждения без уточнений	Прочие случайные отравления	Утопления
1980	183,6	9,8	6,5	7,2	6,0	1,2	137,4	38,0	22,6	13,6	5,1	4,8	14,5
1981	182,3	9,5	6,5	6,6	5,7	2,1	138,2	37,8	22,4	12,3	5,4	4,2	21,1
1982	170,7	10,7	6,6	6,9	4,2	1,4	127,0	34,6	22,7	11,7	5,3	3,8	14,0
1983	168,9	9,7	6,6	6,2	5,1	2,2	125,0	36,0	22,4	10,2	6,2	3,5	14,5
1984	165,2	10,4	6,9	6,9	5,6	2,0	119,6	31,5	23,1	11,0	5,9	3,7	13,2
1985	150,6	10,5	6,1	5,6	5,0	2,2	107,3	27,2	20,5	10,2	5,2	3,3	12,1
1986	129,1	10,1	5,4	6,2	4,6	0,8	89,8	24,7	16,4	7,3	5,2	4,0	10,4
1987	125,8	8,6	5,5	5,5	3,6	1,3	89,6	26,1	16,1	7,1	4,5	3,6	9,7
1988	139,8	9,4	5,3	5,1	3,5	1,8	103,5	34,6	18,6	8,9	5,0	3,9	10,8
1989	156,3	9,2	5,1	5,5	3,3	2,3	121,2	44,4	18,9	11,4	7,9	4,6	10,2
1990	161,7	10,0	4,6	6,0	3,6	2,5	125,6	42,9	23,4	13,4	9,0	4,9	8,6

1991	166,1	10,2	5,4	6,1	2,8	2,6	129,4	38,6	24,1	15,7	10,8	5,4	9,6
1992	180,0	10,0	6,7	6,3	3,3	3,3	139,5	36,4	25,2	22,0	13,6	5,8	9,3
1993	208,9	9,4	6,1	6,9	3,6	4,5	166,6	37,2	31,7	27,5	17,9	7,8	12,2
1994	210,8	9,7	5,6	7,6	3,4	5,4	166,9	34,3	34,7	26,1	18,8	8,5	12,5
1995	237,7	8,9	6,6	7,7	3,9	6,2	191,7	32,7	35,9	24,6	20,1	9,8	15,8
1996	212,2	8,1	5,9	7,7	4,2	5,6	166,4	27,9	34,5	19,7	19,4	10,7	13,1
1997	184,9	8,7	5,8	7,5	4,1	5,1	141,5	25,7	34,2	16,4	18,1	10,4	11,6
1998	185,3	8,8	5,7	7,1	3,8	5,0	143,4	27,0	33,0	15,7	18,9	11,4	12,4
1999	195,5	8,1	5,6	7,5	3,8	7,0	150,9	30,6	33,4	16,0	18,5	11,6	12,2
2000	208,7	8,0	5,1	7,7	4,3	9,7	161,8	31,1	35,7	17,6	17,8	15,1	10,8
2001	188,4	7,4	4,4	6,4	3,3	7,8	148,9	30,8	37,9	17,6	15,6	9,2	12,5
2002	179,1	7,4	4,9	6,1	2,9	6,7	143,2	33,6	36,8	18,5	14,0	6,0	10,8
2003	170,7	7,0	4,7	5,4	2,5	7,4	135,8	33,5	34,0	17,3	13,2	6,3	10,8
2004	166,2	7,1	4,3	5,7	2,6	6,5	131,6	34,6	32,4	16,5	13,4	5,6	9,6
2005	160,8	6,6	4,3	7,3	2,5	7,5	125,0	32,8	31,5	13,4	13,7	5,5	10,4
2006	156,4	7,2	4,5	7,1	2,6	5,6	121,4	32,6	30,9	12,8	13,5	5,8	9,0
2007	149,8	6,0	4,5	6,7	2,8	5,4	118,0	33,3	30,9	10,8	13,5	4,8	9,7
2008	147,5	6,4	3,8	7,4	2,7	5,3	115,1	30,6	31,4	11,1	13,7	4,6	8,5

Таблица 3

Динамика смертности российских девушек (на 100000) от основных причин в 1980-2008 гг.

Годы	Все причины	Новообразования	Болезни нервной системы	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Неточно обозначенные состояния	Травмы и отравления	В том числе					
								Транспортные несчастные случаи	Самоубийства	Убийства	Повреждения без уточнений	Прочие случайные отравления	Утопления
1980	60,6	7,2	3,9	3,9	3,5	0,4	29,5	9,7	5,8	2,9	1,1	2,2	2,8
1981	60,7	6,7	4,2	3,5	3,1	0,8	31,4	11,4	5,1	2,9	1,3	1,9	4,4
1982	59,3	6,9	4,1	3,7	2,5	1,0	28,9	10,5	5,2	2,5	1,5	1,4	3,2
1983	55,8	7,4	3,8	3,4	2,5	0,7	27,6	10,3	5,3	2,2	1,3	1,8	2,8
1984	59,1	7,4	4,2	4,0	3,0	0,7	28,6	9,8	5,9	2,0	2,0	2,1	2,5
1985	56,4	7,7	3,8	2,8	2,8	0,9	27,3	9,3	4,7	2,6	1,6	2,4	2,6
1986	52,9	6,7	3,8	2,9	2,7	0,1	26,0	9,8	4,8	1,6	1,6	2,3	2,6
1987	51,8	6,8	3,4	3,1	2,4	0,9	25,4	9,3	4,2	2,5	1,4	2,3	2,3
1988	61,4	7,1	3,8	3,8	2,1	0,8	33,8	13,1	6,7	2,8	2,0	2,2	2,8
1989	65,5	7,0	3,5	3,9	2,3	1,4	37,6	15	6,4	3,3	3,0	3,2	2,5
1990	62,7	6,8	3,1	3,3	2,0	1,1	36,8	13,7	6,4	3,8	3,4	2,7	1,9

1991	66,0	7,2	3,6	3,2	2,0	1,7	38,3	13,7	6,5	4,5	3,3	2,5	2,4
1992	71,8	7,2	4,1	3,2	2,1	1,8	42,8	14,4	6,9	6,0	4,7	2,7	2,5
1993	78,2	6,9	3,9	3,0	2,0	1,6	50,2	15,8	7,7	7,2	5,7	3,8	2,6
1994	80,4	6,3	3,7	4,0	2,1	1,9	52,4	15,4	9,1	7,2	6,1	3,9	2,9
1995	83,9	7,1	3,7	3,1	2,0	2,4	55,4	14,5	9,5	7,2	6,7	4,0	4,3
1996	79,6	6,6	3,2	3,2	2,1	2,2	52,3	14,9	7,8	7,3	6,5	4,3	3,5
1997	74,1	6,5	3,2	3,2	2,1	2,2	47,9	13,3	8,3	6,3	6,2	4,5	3,3
1998	78,2	5,8	3,4	3,6	2,4	2,9	51,1	14,2	8,3	6,7	6,7	4,6	3,8
1999	78,8	5,8	3,3	3,0	2,2	3,1	51,3	14,7	8,7	7,3	6,8	4,4	3,6
2000	79,2	6,1	3,1	3,7	2,2	3,5	51,2	15,2	8,4	7,8	5,2	5,8	3,2
2001	74,0	5,5	2,6	2,8	1,7	3,4	50,3	15,4	8,1	7,5	5,2	4,3	3,4
2002	70,0	5,8	2,7	2,9	1,8	3,1	46,3	15,3	8,0	6,9	4,6	3,2	2,9
2003	68,2	4,8	2,5	2,7	1,7	3,1	47,2	17,1	7,2	7,0	4,4	2,9	2,8
2004	67,5	5,0	2,8	2,9	1,5	2,9	45,5	15,9	7,5	6,2	4,6	3,0	2,7
2005	68,4	5,4	2,5	3,6	2,0	3,0	45,3	16,3	7,3	6,1	4,3	3,2	2,6
2006	63,3	4,9	2,1	4,3	1,5	2,9	41,4	16,0	7,1	5,0	4,2	2,6	2,3
2007	65,9	4,7	2,8	3,6	1,7	3,1	43,6	16,2	8,6	4,9	5,0	2,5	1,8
2008	62,0	5,0	2,2	3,9	1,7	3,0	40,5	15,0	8,8	3,9	5,1	2,1	1,6

Для заметок:



Для заметок:

Подписано в печать 10.08.2010
Формат 62x94 1/8, 8 п. листов
Тираж 1000 экз, заказ 626

Отпечатано в типографии ООО «БЭСТ-принт»
107023, Москва, ул. Электрозаводская, 21
тел.: (495) 925-30-32

