**Казахский медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова**

**Кафедра: последипломной подготовки врачей общей практики**

**Доклад на тему:**

**Подростковая медицина**

Проверила:

Выполнила: врач-интерн 734 гр.

Сорокина Зоя

**Алматы 2009**

# Введение в подростковую медицину

**Подростковая медицина**, или гебиатрия, гебология (последние названия — ещё не устоявшиеся) — это раздел медицины, изучающий особенности организма подростков, процессы полового созревания, взросления, роста и развития организма подростка, а также специфические заболевания, характерные для подросткового периода жизни.

## Объект подростковой медицины

В словаре Владимира Даля подростками называли «детей на подросте», что соответствовало возрасту 14–15 лет. Малая Советская энциклопедия (1930) трактовала подростков как несовершеннолетних в возрасте 14–18 лет и только в рамках советского трудового права. В последующие годы отечественное здравоохранение считало подростками лиц в возрасте 15–17 лет.

В современной России подростками признают лиц в возрасте от 10 до 18 лет (Минздрав РФ, 2001). При этом в нормативных документах чаще упоминаются «дети подросткового возраста». Основанием для этого служит Конвенция ООН о правах ребенка, которая считает детьми всех лиц от рождения до 18 лет. Этот взгляд оправдан с точки зрения юридической и социальной защиты подрастающего поколения, но не в полной мере отражает задачи охраны здоровья подростков.

С позиции организатора здравоохранения ребенок должен наблюдаться в детской поликлинике. При этом лечащим врачом молодой семьи, в которой мужу исполняется 18 лет, жене — 17 лет и уже есть ребенок, может быть только участковый педиатр.

Применение в здравоохранении понятия «дети подросткового возраста» таит определенную опасность. Такой подход фактически отрицает объективное существование подростков как четко очерченной возрастной группы населения со своими специфическими биологическими, медицинскими и социальными особенностями и потребностями.

Даже специалисты, работающие с подростками, представляют их по-разному. Вот некоторые мнения специалистов:

* Подросток — это взрослеющий ребенок, сталкивающийся с изменениями в своем организме, конфликтующий с обществом и родителями.
* Подросток — это еще не взрослый человек, но по взглядам на жизнь уже и не ребенок.
* Подросток — это человек в большими амбициями и минимальным жизненным опытом, стремящийся к самоутверждению.
* Подросток — ребенок, все время находящийся в состоянии выбора между детством и взрослой жизнью.
* Подросток — это личность, которая экспериментирует с жизнью для поиска новых ощущений и приобретает опыт.
* Подросток — это человек с новым мироощущением и осознанием себя на пороге открытий.
* Подросток — это личность, которая формируется под действием окружающей его среды. Он максималист, воспринимает жизнь такой, какая она есть. И нельзя его бросать в открытое море без поддержки.
* Подросток — это человек, находящийся на перекрестке дорог жизни.
* Подростковый период — это скачок от детства к взрослой жизни.

Вместе с тем, международные эксперты на совещании ВОЗ еще в 1974 г. определили подростковый возраст как период, в течение которого:

* завершается половое развитие от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости;
* психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых;
* происходит переход от полной социально-экономической зависимости от взрослых к относительной социальной независимости.

При таком подходе подростковый возраст включает два чрезвычайно важных периода — пубертатный: от начала появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции; а также этап социального созревания, когда человек избирает профессию и овладевает ею.

Опираясь на изложенные научные принципы, комитет экспертов ВОЗ в 1977 г. предложил считать подростками лиц в возрасте 10–20 лет, что и принято сейчас почти во всем мире. ООН рассматривает подрастающее поколение в нескольких аспектах:

* Подростки — это лица в возрасте от 10 до 19 лет. Понятие включает ранний, средний и старший подростковый возраст.
* Молодые люди — люди в возрасте от 10 до 24 лет.
* Юные — люди в возрасте от 15 до 24 лет.

В целом, с точки зрения международных экспертов, подросток — это человек, который уже не ребенок, но еще не взрослый. Это предъявляет особые специфические требования к системе охраны здоровья этой категории населения.

Если нижняя граница подросткового возраста определяется в значительной степени биологическими факторами (появление вторичных половых признаков), то верхняя целиком зависит от нормативов социальной зрелости, принятых в том или ином обществе.

Отметим наиболее типичные из них:

* обязательность определенного образовательного уровня, завершение образования,
* самостоятельный заработок, способность работать, трудовое законодательство,
* вступление в брак, отношение к половой жизни, создание семьи,
* принятие гражданской ответственности,
* социальная компетентность,
* возраст избирательного права,
* доступ к определенным службам без ведома родителей,
* право участия в определенных общественных программах.

Календарный возраст как критерий взрослости, хотя и считается важным, но не является определяющим. Переход в статус взрослого человека зависит от типа родительства, от половых и поведенческих факторов, от того, к какой социальной группе принадлежит данная семья (Щеглова С. Н., 2000).

Принципиально важно для организации медицинской помощи, особенно для организации профилактических мероприятий у подростков, что критерии взрослости, предлагаемые обществом и самими молодыми людьми, расходятся.

Важно, что очень редко критерием взрослости подростки считают необходимость внутренних психологических изменений или ответственных самостоятельных поступков.

С точки зрения подростка основанием почувствовать себя взрослым служат следующие события:

* получение паспорта;
* сексуальный дебют;
* употребление алкоголя, курение, наркотиков: «Когда впервые упился в стельку»;
* девиантные действия, трагические события с переосмыслением отношения к ним;
* появление нового типа обращения: вместо «мальчик» — «юноша», вместо «девочка» — «девушка»;
* когда впервые обратились на «Вы»;
* уход из дома с началом самостоятельной жизни (даже при сохранении финансовой поддержки родителей);
* изменение взаимоотношения с родителями: удачная попытка противостояния диктату родителей, отмена опеки.

Отсутствие в обществе четких критериев взрослости серьезно затрудняет регулирование стремления подростков к «взрослому» поведению. Введение в медицинскую практику термина «ребенок подросткового возраста» фактически перечеркнуло существование переходного периода между детством и взрослым периодом жизни (период социализации, формирования морали, нравственности и ответственности). Такой непродуманный подход узаконивает инфантильность молодых людей.

Все это приводит к серьезным противоречиям и парадоксам:

* подростки могут быть родителями биологически, но не готовы к этому в силу социальной и психологической незрелости;
* они испытывают и проявляют социальную независимость от родителей и остаются при этом в абсолютной финансовой зависимости от них.

Разве можно от ребенка 17 лет 11 месяцев и 29 дней от роду требовать, чтобы через два дня он прибрел все навыки зрелого мужчины в армии? Не в этом ли одна из причин дедовщины?

В настоящее время в России отсутствуют подготовленные культурной традицией обряды инициации детей, когда-то облегчавшие их вхождение в мир взрослых. Сегодня обряд инициации заменяют первая рюмка, первая сигарета, сексуальный дебют.

Длительность взросления в современном обществе определяется двумя предпосылками: во-первых, фазой юности, причем она тем продолжительнее, чем выше профессиональные и социальные требования, предъявляемые к взрослым (более квалифицированный труд). Во-вторых, — способностью общества и государства нести большие затраты на то, чтобы в течение многих лет кормить, воспитывать и обучать целое поколение будущих граждан страны. Так в США подростками считают лиц до 21 года.

До второй половины ХХ века преобладала потребность в неквалифицированном труде, и молодежь рано становилась взрослой. Фактически пубертатный период и окончание социализации протекали и завершались одновременно.

Сегодня технический прогресс и стремительные социальные перемены привели к необходимости увеличить период обучения молодых людей в школе, что повлекло за собой продление их финансовой и психологической зависимости от родителей, а следовательно и периода взросления.

С одной стороны, нормативное удлинение периода взросления отражает заботу общества о формировании более полноценного человеческого потенциала, что следует рассматривать как благоприятный фактор. С другой стороны, удлинение периода взросления и соответственно «периода бесправия» создает явные предпосылки к нарастанию психосоциальной дезадаптации молодых людей, асоциальных, рискованных форм их поведения, а также для ряда сексуальных проблем.

##### Предмет подростковой медицины

Содержание медицинского обеспечения подростков определяется двумя основными компонентами подросткового возраста: наличием пубертатного и психосоциального созревания (Медведев В. П., Куликов А. М., 2001).

###### Проблемы пубертатного периода

* Развитие (физическое, половое, психосексуальное, психосоциальное);
* Анатомо-физиологические особенности;
* Особенности течения заболеваний.

###### Проблемы психосоциального созревания:

* Подготовка к трудовой деятельности и службе в армии;
* Широкий спектр клинико-экспертных вопросов;
* Саморазрушающие формы поведения;
* Психосоциальная дезадаптация;
* Отделение от семьи и семейная дисгармония;
* Медицинские аспекты социально-правовой помощи;
* Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение, подготовка к ответственному родительскому поведению и созданию семьи;
* Формирование потребности в здоровом образе жизни.

##### Модель здоровья подростка

В обобщенном виде все факторы, обеспечивающие соматическое, психическое и репродуктивное здоровье и влияющие на него, можно представить в виде модели, которую мы назвали «Цветком здоровья подростков».

Здоровый подросток — это геометрически правильный красивый «цветок», имеющий пропорциональность и гармоничность лепестков биологического развития и в соответствии с этим — полноценное соматическое, психическое и репродуктивное здоровье. Красоту «цветка» определяют все перечисленные факторы: наследственность, семья, отношение общества к проблемам молодого поколения, внешняя среда, а также функции гипоталамуса и состояние позвоночника.

Лимбико-ретикулярный комплекс и конкретно гипоталамус представляется стержнем и структурой, отвечающей за интеграцию всех видов биологического развития и здоровья в пубертатном периоде. Именно он ответствен за оптимальное функционирование единой психонейроэндокринноиммунной системы. Важнейший фактор, определяющий состояние гипоталамуса — это особенности течения беременности и родов у матери подростка. На рисунке он изображен в виде стебля цветка (состояние позвоночного столба, мышечного тонуса и соединительнотканного каркаса). Клиническим эквивалентом врожденной неполноценности соединительной ткани, а также перинатальных повреждений гипоталамических структур могут выступать вегетативная дисфункция с широкими клиническими проявлениями и дисплазия соединительной ткани, которые служат фоном для отклонений в биологическом созревании, соматическом и репродуктивном здоровье.

Для полноценного развития подростков также необходимы: положительная реализация роли родителей — семьи и наследственности, а также факторов внешней среды, включая социально-психологические и социальные.

Сделаем важный вывод: сохранение и восстановление здоровья подростков — это комплексная проблема, которая зависит от усилий многих специалистов, при координирующей роли педиатра, подросткового или семейного врача.

Цели и задачи подростковой медицины. Сегодня есть все основания утверждать, что, несмотря на все сложности, подростковая медицина уже сформировалась как научная и интегральная клиническая дисциплина. Она располагается между педиатрией и медициной для взрослых, имея существенную специфику. Учитывая социальную значимость здоровья молодежи, подростковая медицина должна базироваться на тесном межсекторальном сотрудничестве.

*Цель подростковой медицины* — охрана и укрепление здоровья, гармоничное развитие личности подростков для последующей оптимальной реализации их сил и возможностей в созидательной деятельности общества.

##### Основные задачи подростковой медицины

* направление общества на создание условий для реализации индивидуальной генетически детерминированной программы развития подростка,
* разработка теории здоровья и пубертатного созревания подростка с учетом как биологических, так и социальных факторов;
* поиск методик анализа здоровья индивидуума и анализа здоровья подростковой популяции,
* комплексный подход к охране соматического, психического и репродуктивного здоровья,
* обеспечение гармоничного пубертатного созревания,
* медицинское обеспечение в системе формирования полноценного члена общества с учетом требований производительного и оборонного потенциала,
* воспитание и закрепление медико-гигиенических навыков здорового образа жизни (профилактическая направленность),
* осознание подростком личной ответственности за свое здоровье,
* подготовка и повышение квалификации медицинских специалистов, участвующих в охране здоровья подростков.
* разработка и совершенствование форм медицинской помощи подросткам и учащейся молодежи, обеспечивающих оптимальную реализацию поставленных задач
* разработка методологии подростковой медицины.

Область интересов подростковой медицины быстро растет. Ее ближайшее будущее зависит от качества научных разработок и программ обучения. Развитие этой дисциплины в нашей стране, особенно в настоящее столь неблагополучное время, имеет колоссальное гуманное и социальное значение, позволяя обеспечить радикальное улучшение состояния здоровья наиболее перспективной когорты населения.

Генеральный директор ВОЗ Гру Харлем Брундтланд несколько лет назад (2002) призывала медицинское сообщество: «Перестаньте смотреть на подростков как на проблему. Поймите, что за ними будущее. Участвуйте в инициативах молодежи по улучшению здоровья и вовлекайте ее в наши инициативы».

# Биологическое, психическое и социальное развитие подростков

##### *Общие закономерности роста и развития подростков*

Переход от детства к подростковому возрасту сопровождается активизацией роста и развития (физического, полового, психосексуального и психосоциального). В пубертатном периоде происходит бурный рост тела и конечностей, развитие половых желез, а вслед за этим — и вторичных половых признаков, что сопровождается изменением строения тела и внутренних органов. Окончательно определяются индивидуальные типологические особенности пропорций тела, завершается формирование признаков полового диморфизма. К 15–17 годам тело подростка практически не отличается от тела взрослого человека. Это совпадает с завершением физического и полового созревания, и становлением сексуальности.

В то же время уровень психосоциальной зрелости в этом возрасте еще далек от совершенства. Образно подростка можно представлять как человека, имеющего тело взрослого, но голову ребенка. Эти особенности и составляют основу специфики консультирования молодежи. Они также помогают понять специфику поведения подростка, в том числе и в рискованных для здоровья формах.

Возрастная динамика процессов развития подростка и их взаимоотношения показаны на рисунке.

##### Понятие о физиологической зрелости

# Важная особенность пубертатного периода — возникновение у части подростков несоответствия между биологическим и календарным возрастом. Это обусловлено разными темпами полового созревания каждого подростка. Например, в одном и том же классе при календарном возрасте в 14 лет, часть учеников будет иметь реальный биологический возраст, то есть физиологическую зрелость, соответствующую 10 годам, часть — 14, а часть — 16–18 годам.

Особенности соматического здоровья у подростков определяются двумя основными процессами, происходящими в этом возрасте. Это пубертатная перестройка регуляторных структур, обеспечивающая физическое, половое и психосексуальное развитие с одной стороны и вступающее в завершающую фазу психосоциальное развитие, с другой.

По данным Всероссийской диспансеризации детей (2002) в структуре соматической заболеваемости детей в возрасте 15–17 лет за 10 лет произошли изменения: отмечен рост болезней эндокринной системы, новообразований, инфекционных и паразитарных заболеваний, заболеваний мочеполовой системы.

### *Структура заболеваний подростков характеризуется наличием:*

* нозологических форм, общих для всех возрастных групп (например, анемия, пневмония);
* заболеваний, специфичных для пубертата (например, синдром Жильбера, остеохондропатии, гипоталамический синдром периода полового созревания, гиперплазия щитовидной железы);
* типичных для периода социализации «болезней поведения» — высокий травматизм; заболевания, передаваемые половым путем; алкоголизм, наркомания и пр.;
* отсутствующих или крайне редких болезней (например, гипертоническая болезнь, ИБС).

Заболеваемость подростков существенно выше, чем у детей и взрослых. Пубертатный период проявляет уникальные свойства. Он выступает в виде естественной функциональной нагрузочной пробы, обусловленной как мощной вегетативной, эндокринной и иммунной перестройкой на фоне физиологического ростового скачка, менархе и отклонений в пубертатном созревании, так и вновь появляющимися серьезными нарушениями психосоциальной адаптации.

В это время формируются многочисленные транзиторные функциональные расстройства и становятся явными все ранее скрытые органические дефекты здоровья. Наиболее характерным следует считать усугубление перинатально обусловленной гипоталамической дисфункции в форме психонейроэндокринноиммунной дизрегуляции с широкими клиническими проявлениями, врожденной неполноценности соединительной ткани (остеохондроз, нарушения системы гемостаза, висцероптозы, суставная гипермобильность, появление ангиэктазий и пр.). Появляются и новые, типичные для периода полового созревания функциональные расстройства, например, гипоталамический синдром периода полового созревания. Лабильность гомеостаза в пубертатном периоде приводит к учащению нервных и эндокринных расстройств, снижению адаптации к воздействию внешней среды. После завершения полового созревания клиническая симптоматика исчезает или уменьшается. Это подтверждает существование естественной возрастной нагрузочной пробы, приводящей к пубертатной психонейроэндокринноиммунной дезадаптации. Следствием этого можно считать преобладание у подростков функциональных нарушений над органическими.

По большинству нозологических форм заболеваемость у подростков действительно является максимальной. По сравнению с другими возрастными группами, у подростков явно доминируют заболевания эндокринной системы, нервной системы, мочевыделительной системы и костно-мышечной системы. Инфекционные и простудные заболевания преобладают у детей. В зрелости возрастает частота новообразований и болезней системы кровообращения.

##### Таблица 1 - Заболеваемость детей, подростков и взрослых (Санкт-Петербург, 2000)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Классы заболеваний** | **Дети** | **Подростки** | **Взрослые** |
| Всего | 2028,1 | 2561,4 | 1291,7 |
| Максимальная заболеваемость у детей |
| Болезни органов дыхания | 1064,7 | 725,4 | 229,5 |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 138,2 | 67,2 | 53,4 |
| Болезни уха | 51,9 | 28,8 | 30,5 |
| Максимальная заболеваемость у взрослых |
| Новообразования | 3,5 | 14,3 | 41,8 |
| Болезни системы кровообращения | 12,5 | 42,0 | 292,1 |
| Максимальная заболеваемость у подростков |
| Болезни крови, кроветворных органов | 7,2 | 10,1 | 3,7 |
| Болезни эндокринной системы, расстройства питания | 34,7 | 116,5 | 40,7   |
| Психические расстройства и расстройства поведения | 40,3 | 53,5 | 42,2 |
| Болезни нервной системы | 40,3 | 162,3 | 32,0 |
| Болезни глаза | 99,7 | 289,6 | 97,5 |
| Аллергический ринит | 1,6 | 8,8 | 0,9 |
| Хроническая очаговая инфекция | 30,4 | 97,6 | 17,3 |
| Хронический бронхит и бронхиальная астма | 18,1 | 37,2 | 29,7 |
| Болезни органов пищеварения | 117,4 | 157,7 | 67,0 |
| Болезни кожи | 104,5 | 117,6 | 47,0 |
| Болезни костно-мышечной системы | 40,5 | 396,0 | 93,2 |
| Болезни мочеполовой системы | 44,1 | 120,0 | 82,1 |
| Травмы, отравления | 145,4 | 183,5 | 122,7 |

Вклад в специфику подростковой заболеваемости вносит продолжающийся рост и развитие органов и систем. Знание анатомо-физиологических особенностей необходимо для дифференцировки возрастной нормы от патологии. Например, гиперкинетический кардиальный синдром могут трактовать как признак врожденных пороков сердца, а инвертированные зубцы Т в III стандартном отведении ЭКГ — как признак ревмокардита или даже ишемии в задней стенке левого желудочка и пр.

Типична зависимость физиологических нормативов от биологического, а не календарного возраста. Например, уровень АД у подростков одного и того же календарного возраста, но с разными темпами пубертатного созревания будет неодинаков. Так, нормальный для мезосоматиков уровень АД может рассматриваться как артериальная гипертензия для микросоматиков и артериальная гипотензия — для макросоматиков. В полной мере это относится и к другим функциональным и морфологическим параметрам — трактовке размеров почек и полостей сердца.

Наиболее яркой особенностью оказывается полисистемность (полиморбидность) заболеваний. По данным МЗ РФ (2002), в возрасте 10–14 лет каждый подросток имеет 2–3 заболевания, в возрасте 15–18 лет — уже 4–5.

Например, у девушки, считающей себя практически здоровой, при тщательном обследовании можно выявить: дисменорею, нарушения осанки, плоскостопие, нефроптоз, нестабильность шейного отдела позвоночника, хронический тонзиллит, миопию, железодефицитное состояние, нарушения ритма сердца, функциональное расстройство желудка, трактуемое как поверхностный распространенный гастродуоденит; кристаллурию, дискинезию желчевыводящих путей, дискинезию чашечно-лоханочной системы, трактуемую как пиелонефрит; дискинезию кишечника, трактуемую как колит.

Наличие нескольких заболеваний у одного подростка и необходимость их своевременного лечения сталкивается с ограниченными возможностями врачей-специалистов. Именно педиатр, выступая в роли лечащего врача, должен найти истоки страданий больного, установить взаимосвязь выявленных нарушений, назначить подростку рациональное обследование и лечение.

В основе такой полисистемности лежат три основные причины — эндокринные расстройства (нарушения в пубертатном развитии), болезни нервной системы с декомпенсацией перинатальных поражений ЦНС и дисплазия соединительной ткани (возрастная слабость соединительной ткани и врожденная мезенхимальная неполноценность). Целесообразно корригировать основные патологические процессы, а не заниматься лечением всех отдельно взятых нарушений.

При анализе здоровья каждого подростка важно найти и оценить взаимообусловленность отдельных слагаемых здоровья (соматический, репродуктивный, психический и социальный компоненты). Это необходимо для выбора оптимального метода лечения и профилактики. Яркой иллюстрацией в этом отношении оказывается нервная анорексия. Поводом для обращения к врачу обычно служит прекращение месячных. Непосредственная причина аменореи — снижение массы тела и соматические сдвиги, в частности, нарушения функции печени. Пусковым фактором выступают отклонения в психическом здоровье и социальной адаптации. Восстановление менструальной функции у таких девушек возможно только при одновременном воздействии на репродуктивную, психоэмоциональную и соматическую сферу.

Отмечена специфика соматических заболеваний у подростков с отклонениями в биологическом развитии. Так, у бурно созревающих девушек с тенденцией к гиперэстрогении имеется более тяжелое течение бронхиальной астмы, есть высокий риск развития анемий и сосудистых церебральных дистоний. Каждому типу нарушений в психосексуальном развитии соответствует свой профиль соматических заболеваний.

Исходя из теории системогенеза, все происходящие в организме подростка изменения, в том числе и ведущие к особенностям в заболеваниях внутренних органов, следует рассматривать с точки зрения становления репродуктивной сферы. Существует достоверная зависимость между состоянием соматического и репродуктивного здоровья подростков (Кротин П.Н., Куликов А.М., 1999; Уварова Е.В., 2005). У соматически здоровых девушек частота гинекологических расстройств в 1,5 раза ниже, чем у лиц, имеющих экстрагенитальную патологию. Наиболее типичное для подростков сочетание соматических заболеваний и нарушения менструального цикла (НМЦ) имеют единые причины и механизмы их формирования. Взаимосвязь между соматической сферой и половым развитием осуществляется на двух уровнях. Центральный — через гипоталамические механизмы путем регуляции висцеральных систем и репродуктивной сферы в соответствии с механизмами прямой и обратной связи. Местный — по типу «внутренний орган-яичник». На уровне межорганного взаимодействия наиболее тесными представляются связи яичников с печенью, почками, желудочно-кишечным трактом и респираторной системой.

НМЦ могут иметь своей причиной, например, эндокринные заболевания, эндогенные интоксикации, метаболические расстройства, хронические заболевания печени, почек и желудочно-кишечного тракта. Соматические заболевания могут привести к сдвигам в физическом и психосексуальном развитии. Формирующиеся или усиливающиеся на этом фоне заболевания внутренних органов (анемии, геморрагические диатезы, расстройства функции печени и ЖКТ, заболевания почек) и НМЦ отягощают течение друг друга. С позиций подросткового врача, НМЦ у девушек следует рассматривать как легко выявляемый маркер системных нарушений. Подростки с овариальными дисфункциями нуждаются в тщательном соматическом обследовании, даже если они считают себя полностью здоровыми.

Нередко врачи-специалисты игнорируют отклонения в развитии и в состоянии здоровья, проявляющиеся в период ростового скачка. В результате подросток, чувствуя себя нездоровым, ходит от специалиста к специалисту, выслушивая от них объяснения, что «это все — возрастное». Педиатры также чаще всего не считают эти так называемые возрастные изменения серьезными. В то же время, например, угри — это не только и не столько возрастные изменения, но и маркер склерокистозных яичников, надпочечниковой гиперандрогении, хронических стрессов, эндогенной интоксикации; причина обострения дисморфофобии, формирования комплекса неполноценности или даже суицида.

Таким образом, основой, фоном для формирования значительного количества соматических заболеваний у подростков служат типичные для этого возрастного периода отклонения в пубертатном развитии, вегетативные дисфункции и дисплазии соединительной ткани.

# Репродуктивное здоровье

## *Факты о репродуктивном здоровье и сексуальном поведении современных подростков*

Около 20% российских девушек имеют гинекологические заболевания. Частота гинекологических заболеваний за последние пять лет увеличилась в три раза. С возрастом распространенность гинекологических нарушений возрастает более чем в 2,5 раза — с 116,2 в 14 лет до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет. Не лучше обстоит дело и с репродуктивным здоровьем юношей. В Санкт-Петербурге частота заболеваний репродуктивной системы достигает 13-56%, а 2,2% юношей нуждаются в андрологическом оперативном лечении. Около 60% всех заболеваний у юношей в возрасте 14-17 лет представляют в будущем реальную угрозу бесплодия.

Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем России. Около половины школьников 16-17 лет живут половой жизнью. Лишь 5-12% юношей считают раннее начало половой жизни неприемлемым для себя.

Отмечен низкий уровень репродуктивных установок молодежи. Сегодня не хотят иметь детей 10,5% девушек-учащихся ПТУ и 6,5% школьниц. В 1990 г. число таких лиц не превышало 1%. Происходит крушение идеалов семейной жизни. Законному супружеству молодежь предпочитает гражданские браки или холостяцкую жизнь. Количество абортов в возрасте 15-19 лет в России составляет около 70 на 1000 подростков. Эти показатели — одни из самых высоких в мире.

Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет в наибольшей мере подвержены инфекциям, передаваемым половым путем. На подростковый возраст приходится также половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Удельный вес лиц в возрасте 15-20 лет составляет 21% от всех ВИЧ-инфицированных.

В Санкт-Петербурге зарегистрировано около 5000 ВИЧ-инфицированных подростков. В последние годы эпидемия из концентрированной фазы (среда наркоманов и гомосексуалистов) переходит на все население.

## *Основные понятия, связанные с репродуктивным здоровьем и сексуальным благополучием (Всемирная организация здравоохранения, 2002; Программа действия, ICPD 1994)*

#### *Репродуктивное здоровье*

Репродуктивное здоровье — это состояние физического, умственного, и социального благополучия по всем пунктам, относящимся к репродуктивной системе на всех стадиях жизни. Репродуктивное здоровье предполагает, что человек может вести удовлетворительную и безопасную половую жизнь, что он способен рожать детей и свободен выбирать, при каких условиях, где и как часто это делать. Под этим подразумевается право мужчин и женщин получать информацию и доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по своему выбору, и право на соответствующие услуги здравоохранения, которые позволяют женщинам безопасно пережить период беременности и роды.

Забота о репродуктивном здоровье определяется как совокупность методов, способов, технологий и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию путем предотвращения и решения проблем репродуктивной сферы. Оно также включает в себя и сексуальное здоровье, целью которого является улучшение жизни и межличностных отношений, а не только лишь консультации и лечение, связанные с репродукцией и инфекциями, передаваемыми половым путем.

#### Репродуктивные права

Репродуктивные права — тот сегмент гражданских прав, который регулирует отношения между обществом и государством, возникающие по поводу воспроизводства жизни.

Репродуктивные права включают в себя определенные права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, в международных документах по правам человека и других общепринятых документах. В основе этих прав лежит признание базовых прав всех пар и отдельных людей принимать решения свободно и с определенной долей ответственности, о количестве, интервалах и сроках рождения своих детей, а также иметь информацию и средства для реализации этого.

Репродуктивное поведение в современном обществе в значительной степени регулируется личным выбором людей, подкрепленным экспертным знанием.

#### Сексуальные права

Сексуальные права включают в себя права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, в международных документах по правам человека и других общепринятых документах. Они включают право (свободу от насилия, дискриминации и жестокости) всех людей на:

* Самый высокий из достижимых стандартов здоровья в отношении сексуальности, включая доступность услуг здравоохранения в сексуальной и репродуктивной сфере;
* Искать, получать и передавать информацию, относящуюся к сексуальности;
* Сексуальное образование;
* Уважение к личной неприкосновенности;
* Свобода в выборе партнера;
* Свобода решать быть сексуально активным или нет;
* Согласованные сексуальные отношения;
* Согласованный брак;
* Решение о том иметь детей или нет и когда иметь; и
* Добиваться удовлетворительной, безопасной и доставляющей удовольствие сексуальной жизни.

Ответственная реализация прав человека предполагает, что все люди уважают права друг друга.

#### *Сексуальность*

#### Сексуальность — это центральный аспект человеческого бытия на протяжении всей жизни, который включает в себя секс, половую идентификацию и рождение детей. Сексуальность проявляется и выражается в мыслях, фантазиях, желаниях, убеждениях, отношениях, пристрастиях, поступках, привычках, половых ролях и отношениях. Тогда как сексуальность может включать все эти аспекты, не всегда все они ощущаются или выражены. На сексуальность влияет взаимодействие биологических, психологических, социальных, экономических, политических, культурных, этических, правовых, исторических, религиозных и духовных факторов.

#### *Сексуальное здоровье*

Сексуальное здоровье — это состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия, связанного с сексуальностью; это не только отсутствие заболеваний, дисфункции или немощи. Сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного отношения к сексуальности и взаимоотношениям сексуального характера, а также возможность сексуального опыта, безопасного и доставляющего удовольствие, свободного от насилия, дискриминации и жестокости. Чтобы достичь и сохранить сексуальное здоровье, сексуальные права всех людей должны уважаться, защищаться и соблюдаться.

#### *Возраст согласия (Уголовный кодекс РФ)*

В уголовном праве возраст, начиная с которого человек считается способным дать информированное согласие на любой легальный контракт или поведение, регулируемое законом, включая сексуальные отношения с другим лицом. Возраст согласия в большинстве стран сегодня он находится между 14 и 18 годами. В России он составляет 16 лет. В течение нескольких лет (1998-2003) возраст согласия начинался с 14 лет.

# Психическое здоровье

Эксперты ВОЗ (1979) определили психическое здоровье как определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолевать неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах. Психическое здоровье рассматривается также как состояние, способствующее наиболее полному физическому, умственному и эмоциональному развитию человека. Это состояние равновесия различных психических свойств и процессов, умение ими владеть, адекватно использовать и развивать, это позволяет человеку гармонично функционировать в социуме.

Психическое здоровье включает в себя высокое сознание, развитое мышление, большую внутреннюю моральную силу, побуждающую к созидательной деятельности.

За последнее десятилетие состояние психического здоровья подростков стало приоритетной медико-социальной проблемой. По данным Всероссийской диспансеризации детей (2002) у подростков от 15 до 18 лет темпы роста заболеваемости за 10 лет в 2 раза выше, чем среди детей 0–14 лет. Заболеваемость подростков от 15 до 18 лет возросла с 786,0 в 1992 г. до 1356,4 в 2002 году (в 1,7 раза), распространенность соответственно с 4778,5 до 5858,8 (в 1,2 раза) на 100000 детей соответствующего возраста. По данным МЗ РФ (2001), в 2000 году в амбулаторно-поликлинических психоневрологических учреждениях наблюдалось 238 тыс. подростков.

### Таблица 2 - Психические расстройства у подростков 15–17 лет (на 100000 детского населения)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| Заболеваемость | 786 | 759,2 | 725,4 | 759,9 | 825,5 | 838,1 | 927 | 1363 | 1368,4 | 1396,1 | 1356,4 |
| Распространенность | 4778,5 | 4616,6 | 4783,5 | 4508,1 | 4516,3 | 4482 | 4698 | 5931,3 | 5820,4 | 5797,7 | 5858,8 |

Преимущественный рост распространенности и заболеваемости отмечается в группе психосоциальных нарушений (реактивные состояния, соматоформные расстройства, аномалии личностного развития, специфические нарушения психического развития), а также непсихотических расстройств, связанных с ранними органическими поражениями головного мозга. Рост показателей в этой группе также следует считать неблагоприятным в контексте психосоциального развития, так как они косвенно указывают на утяжеление «патологической почвы», на фоне которой реализуется возрастное психическое и личностное развитие детей и подростков.

Увеличивается число первично обратившихся больных детей и подростков с психозами, непсихотическими расстройствами, умственной отсталостью. Невротические расстройства встречаются более чем у 80% девушек и 70% юношей. Депрессии отмечены практически у каждого пятого подростка.

Склонность с самоубийству типична для периода взросления во всех культурах. Так, например, в Швеции суидидальные попытки прослежены у 4–7% подростков. По данным центра контроля и профилактики заболеваний США (2000), суициды подростков занимают третье месте среди причин смерти. Депрессия как возможный предвестник суицида зарегистрирована у 35,7% девушек и 21,0% юношей. 25% девушек и 14% юношей подумывали о возможности суицида. К сожалению, уровень подростковых суицидов в России один из самых высоких в мире.

Более 70% учащихся учреждений общего среднего образования испытывают значительные трудности в усвоении базовой школьной программы обучения. Среди учащихся ПТУ по сравнению со школьниками в 14 раз чаще встречаются лица с психогенными реакциями, в 19 раз — с патологическим формированием личности, в 2,5 раза — с неврозами, 1,5–2 раза — лица, употребляющие психоактивные вещества. Это сказывается на уровне профессиональной подготовки и влияет на возможность дальнейшего трудоустройства. Среди заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу в 2002 году, более 30% страдали психическим расстройствам.

Проблемы психического здоровья актуальны сегодня для многих стран, в том числе и высокоразвитых. В США по данным National Adolescent Health Information Center от 17 до 22% детей и подростков имеют проблемы развития, поведения и психоэмоциональные расстройства. 7,7 млн. детей и подростков нуждаются в психологической и психиатрической помощи. В Eвропейской стратегии «Здоровье и развитие детей и подростков» (2005) обеспечение психического благополучия рассматривается как приоритетное направление.