

- отделения челюстно – лицевой хирургии // Медицинская сестра. – 2014; 1: 22 – 25.
4. Страхов К. А., Рубцова О. Н., Макарова И. И., Павлюк Н. Г. Контроль и оценка качества сестринской помощи в кардиохирургическом отделении // Медицинская сестра. – 2012; 2: 16 – 19.
 5. Стрыгина И. Л. Мнение жителей г. Омска о качестве и доступности медицинской помощи (по результатам анкетирования) // Здоровоохранение. – 2011; 3: 43 – 47 .

Чичерин Л.П.¹, Плыгунов Е.А.¹

**НОРМАТИВНОЕ И ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАЛЬЧИКОВ И ЮНОШЕЙ**

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Россия

Chicherin L.P.¹, Plygunov E.A.¹

**REGULATORY AND ORGANIZATIONAL SUPPORT
PROTECTION OF BOYS AND YOUNG MEN'S HEALTH**

¹ National Research Institute for Public Health, Moscow, Russia

Чичерин Леонид Петрович - главный научный сотрудник E-mail: leo2506@gmail.com

Резюме. Проанализированы актуальные проблемы здоровья и его охраны у мальчиков и юношей по данным статистики, научных исследований, а также действующие нормативно-правовые документы по проблеме. Проведено социально-гигиеническое и медико-организационное исследование здоровья контингента, деятельности медицинских организаций первичного звена. по данному разделу. Выявлены разночтения и недостатки организационных мер по обеспечению плановой работы специалистов - врачей детских урологов-андрологов, врачей-педиатров, работников социальных служб, преподавателей школ, что существенно ограничивает и дестабилизирует их деятельность. Рекомендовано научное

обоснование создания алгоритмов и стандартизации подхода не только к клинической работе медицинских организаций, но и к вопросу междисциплинарности деятельности, медицинских, социальных, образовательных и иных служб.

Ключевые слова: подросток, юноша, репродуктивное здоровье, отцовство, врач детский уролог-андролог.

Abstract. Analyzed current health problems and health care for boys and young men, according to statistics, research, as well as existing legal documents on the issue. A socio-hygienic and medical-organizational health research contingent of medical institutions of primary care. under this section. Identified differently-reading and disadvantages of organizational measures to ensure the planned work of specialists - doctors children's urology and andrology, pediatricians, work-nicks social services, school teachers, which greatly limits their activities and destabilizing. Recommended scientific justification to-building algorithms and standards approach not only to the clinical work of medical institutions, but also to the question of interdisciplinary activities, medical, social, educational and other services

Key words: teenager, youth, reproductive health, fatherhood, doctor pediatric urologist, andrologist.

Введение. Одним из ведущих механизмов улучшения демографической ситуации в Российской Федерации является усиление внимания государства, его социальных институтов, заинтересованных специалистов, самого населения к проблемам сохранения и укрепления здоровья, включая репродуктивное, начиная с детско-подросткового периода. Увеличение в последние годы заболеваемости среди детей и подростков, рост частоты факторов риска и иные причины определили формирование выраженных их медико-социальных последствий, включая проблемы хронизации заболеваний, в т.ч. андрологической патологии, а также готовности мальчиков-юношей к будущей семейной жизни, осознанному отцовству и др. [1, 2]. Это потребовало с применением статистического, аналитического и иных методов осуществления комплексного изучения состояния здоровья контингента по данному разделу, рассмотрения понятийного аппарата, существующей нормативно-правовой базы деятельности медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи педиатрической службы

Основные результаты и их обсуждение. Не более 10%

детей в полном объеме справляются с требованиями школьных образовательных программ. Среди 85% старшеклассников, имеющих хронические болезни, выявляются признаки социальной и психологической дезадаптации. Специальные исследования показывают, что 65,9% детей старшего подросткового возраста 15-17 лет по состоянию здоровья имеют ограничения в выборе профессии и трудоустройстве. Ежегодно по состоянию здоровья до 30% юношей в возрасте 16-17 лет признаются негодными к военной службе.

В этой ситуации сохранение, укрепление и восстановление здоровья каждого ребёнка продолжает оставаться приоритетной государственной задачей, что особенно ярко проявилось в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы [4]. Как отмечено в разделе документа «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни», подростки в возрасте от 10 до 18 лет нередко оказываются вне достаточного внимания со стороны государства. Трудности, с которыми они сталкиваются в этот сложный возрастной период, подчас приводят к самым трагическим последствиям, имея в виду суициды среди подростков, проблемы алкоголизма в их среде, включая «пивной алкоголизм», наркомании и токсикомании, немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста. В этой связи, среди прочих, показана важность развития подростковой медицины, центров медико-социальной помощи подросткам.

Значительной проблемой является состояние репродуктивного здоровья детей и подростков, вступающих в фертильный возраст, здоровья молодёжи. По данным эпидемиологических исследований, до 40% бесплодных браков являются результатом мужского бесплодия, 45% - женского бесплодия и 15% - бесплодия обоих супругов. В стране 3 млн. бесплодных браков, и причина их в 60% случаев родом из детства [3]. В большинстве случаев корни бесплодия лежат в детском и подростковом возрасте. Например, только за последние 10 лет среди девочек в возрасте до 14 лет частота расстройств менструации увеличилась на 41,8%.

При этом тревожными, по нашему мнению, являются два основных обстоятельства. Прежде всего, налицо резкое сокращение численности подростков, способствующее на перспективу ухудшению и так имеющей место негативной демографической картины. А также отмечающийся неоправданный «крен» и в официальных документах, и в организационных мероприятиях на местах, и в научных исследованиях в сторону преимущественного внимания к проблемам репродуктивного здоровья девочек и девушек, практически игнорируя

таковые у мальчиков и юношей-подростков. А, по данным Росстата, из общего числа населения (на 1 января 2015 г. - 146,3 млн. чел.) детей в возрасте 0-17 лет - 27,4 млн. чел., при этом на долю мальчиков и юношей приходится 51,2%.

В комплексе межведомственно осуществляемых, прежде всего, превентивных мероприятий в данном направлении, включая повышение роли семьи, соответствующую трансформацию образовательного процесса среди школьников, работы СМИ и других, особое место отводится совершенствованию организационных технологий деятельности отрасли здравоохранения, её педиатрической службы, созданию центров охраны репродуктивного здоровья подростков и др.

Согласно приказу Минздрава России от 31.10.2012 г. № 561н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология», первичная доврачебная медико-санитарная помощь (МСП) детям осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачебная - врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), а первичная специализированная МСП - врачом - детским урологом-андрологом. При подозрении или выявлении у детей патологии мочеполовой системы врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) направляют детей на консультацию к врачу - детскому урологу-андрологу.

В медицинских организациях создаётся кабинет этого специалиста. Рекомендуемые штатные нормативы кабинета: 1 врач - детский уролог-андролог на 20 тыс. детей, медсестра на 1 штатную единицу этого специалиста. Основные функции детского уролога-андролога - оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи детям; осуществление диспансерного наблюдения за ними; проведение санитарно-просветительной работы с населением по вопросам профилактики и ранней диагностики заболеваний мочеполовой системы у детей, формированию здорового образа жизни - ЗОЖ и др. Эти функциональные обязанности возлагаются и на создаваемые (до сих пор лишь на некоторых территориях страны) в детских поликлиниках/амбулаториях отделения/кабинеты медико-социальной помощи. Инструкция об организации работы которого наиболее чётко отражена в действующем приказе Минздрава РФ от 5.05.1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». В числе задач этого структурного подразделения, имеющих отношение к обсуждаемой проблеме:

- осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей;

- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;

- индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в ЗОЖ и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития, включая табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркоманию, раннюю сексуальную активность, правонарушения несовершеннолетних и т.п.);

- оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;

- анализ - с применением анкетного опроса и других методов - потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи.

Профилактические медицинские осмотры врачом - детским урологом-андрологом проводятся в периоды и «препубертата», и «пубертата». Как считают специалисты, с учётом значительных индивидуальных отличий, период пубертата у человека принято считать в среднем от 9-10 лет до 22-21 года. В педиатрической практике, в силу возможности наличия врожденной патологии, препубертатом можно считать у обоих полов возраст в среднем 0-11 лет, пубертатом – 12-17 лет. При этом важно учитывать, что термины «период полового созревания» и пубертат (от лат. *pubertas* — «возмужалость, половая зрелость») отражают только те изменения, которые происходят в половой системе, но не культурные, социальные и иные аспекты взросления, для характеристики которых более приемлем термин «подростковый период».

Периодичность осмотров данным специалистом регламентирована приказом Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные

учреждения и в период обучения в них». Они проводятся мальчикам в 3 года, в 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет.

Выводы. Очевидна необходимость мультидисциплинарного подхода к профилактике, динамическому медицинскому наблюдению, лечению мальчиков/юношей с участием врачей-педиатров, врачей детских урологов-андрологов, гинекологов, эндокринологов, генетиков, психологов. К сожалению, по данным исследований, потребность в урологах-андрологах удовлетворяется не более чем на 20%.

Необходимы углубленные специальные научные исследования по данной проблеме, в т.ч. научное обоснование оптимальных организационных технологий, включая плановую деятельность института территориальных (республиканских, краевых, областных и др.) внештатных специалистов с детскими урологами-андрологами медицинских организаций; оптимизацию организации медицинского обеспечения, диспансеризации контингента на амбулаторном этапе; совершенствование межсекторального взаимодействия медиков, педагогов, психологов, юристов, работников военно-врачебных комиссий и иных специалистов в данной области при непосредственной работе с родителями. Вышеуказанное обуславливает также важность изучения, обобщения, анализа и распространения опыта профильной работы на местах, прежде всего педиатрической службы.

Ответственные задачи в этом плане стоят в области реализации в условиях медицинских и образовательных организаций мер профилактики, гигиенического (включая половое) и нравственного воспитания молодых людей, формирования с детско-подросткового периода уважительного отношения к девочке, подготовки к будущей семейной жизни, установок на правильное репродуктивное поведение. Необходимо самое непосредственное участие в этой работе специалистов системы охраны материнства и детства, а также Центров - охраны здоровья семьи и репродукции, охраны репродуктивного здоровья подростков, профилактики и борьбы со СПИД, Центров здоровья, Центров медицинской профилактики, СМИ и др.

Всё это должно быть направлено на переориентацию общества, специалистов-практиков, ученых, самих подростков, родителей с «однобокого» отношения к проблеме репродуктивного

здоровья, имея в виду нарушение гендерного подхода к вопросам демографии: повышенное внимание, как правило, к таковым у девочек и девушек на равное отношении и к ним, и к мальчикам, и юношам, то есть к «женскому» и «мужскому» здоровью. Что в состоянии внести реальный вклад, прежде всего, в дело реализации демографической и государственной семейной политики страны, Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг., других директивных документов и, в конечном счете, в обеспечение национальной безопасности России.

Литература

1. Резолюция XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, февраль 2015 г.). Электронный ресурс - <http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/pressXVIII.pdf>
 2. Чичерин Л.П., Щепин В.О., Никитин М.В. Правовые аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - № 3. – С. 11-15.
 3. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761.
 4. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации [Электронный ресурс] / М: Минтруда и соцзащиты Российской Федерации, 28 декабря 2014 года. URL: http://gov.spb.ru/static/writable/ckeditor/uploads/2014/12/26/Doklad%20deti_2013_qnYPHzQ.pdf.
-