

от цен на государственные услуги в сфере здравоохранения – погрешность в расчетах составила около 19 %.

Стоит отметить, что в настоящее время оригинальный лекарственный препарат пегилированного липосомального доксорубина (Келикс®) входит в перечень ЖНВЛП, зарегистрированная цена производителя составляет 33 981,6 руб. и 84 954 руб. для форм выпуска конц. д/р-ра для в/в введ. 2 мг/мл, 10 мл, № 1 и конц. д/р-ра для в/в введ. 2 мг/мл, 25 мл, № 1 соответственно. Средняя стоимость 1 мг действующего вещества с учетом НДС составляет 1869 руб., что существенно ниже ПГП. Таким образом, для конкурентного преимущества отечественного ПЛД по сравнению с оригинальным лекарственным препаратом стоимость за 1 мг действующего вещества должна быть менее 1 869 руб. (с учетом НДС).

Таким образом, фармакоэкономические модели могут быть использованы для проведения исследований в области ранней оценки экономической эффективности новых лекарственных препаратов, в частности генерических аналогов оригинальных ЛП, с целью определения перспектив и последствий внедрения в практику российского здравоохранения. Однако при проведении экономической оценки стоит учитывать, что фармакоэкономическая модель строится на ряде допущений, а также может сильно зависеть от изменения исходных параметров модели. Проведение анализа чувствительности модели позволяет оценить, как будут изменяться результаты моделирования при изменении исходных показателей, и

выявить оптимальное решение в зависимости от поставленных задач.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р 56044-2014. Национальный стандарт Российской Федерации «Оценка медицинских технологий. Общие положения». – М.: Стандартиформ. – 2015.
2. Государственный реестр лекарственных средств России. Официальный сайт [электронный ресурс]. URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/>
3. Заборовский А.В., Тарарина Л.А., Муляр А.Г., Пятаев Н.А., Гуревич К.Г. Разработка новых противоопухолевых препаратов на основе полимерных наночастиц для терапии неоплазий // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2016. – Т. 15. – № 3. – С. 401–403.
4. Зинчук И.Ю. Актуальные вопросы фармакоэкономики в онкологии. Лаборатория фармакоэкономики ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Презентация. URL: <http://omr-rus.ru/files/download/file183.html>.
5. Крысанов И.С. Фармакоэкономический анализ применения пегилированного липосомального доксорубина (Келикс®) для лечения метастатического рака молочной железы у больных с повышенным риском кардиологических осложнений // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 1. – С. 25–32.
6. Российское общество клинической онкологии. Информационный портал. <http://www.rosoncology.ru/>
7. Статистический справочник / Росстат. – М. – 2015. – 62 с. <http://www.gks.ru/>
8. Стенина М.Б., Владимирова Л.Ю., Гладков О.А., Копп М.В., Королева И.А., Малыгин С.Е. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы. – Злокачественные опухоли. 2015. № 4, Спецвыпуск. С. 99–115.

Поступила 16.01.2017

*С. Н. ЛИНЧЕНКО¹, И. А. ЖМАКИН², С. В. ПОРОЙСКИЙ³, А. В. АРУТЮНОВ¹,
В. М. БОНДИНА¹, В. И. ХМЕЛИК⁴*

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

¹ Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 8 (861) 268-35-39; e-mail: s_linchenko@mail.ru;

² кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4; тел. 8 (910) 536-88-79; e-mail: 4822konstom@mail.ru;

³ кафедра медицины катастроф ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 400131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, 1; тел. 8 (937) 697-56-84; e-mail: poroyskiy@mail.ru;

⁴ филиал № 2 1602 Окружного военного клинического госпиталя Министерства обороны Российской Федерации, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Постовая, 6; тел. 8 (861) 268-37-90; e-mail: doctor-max@list.ru

Исследованы медико-социальные характеристики подростков и юношей в Краснодарском крае, их связь с состоянием здоровья допризывников и призывников. Установлен низкий уровень медицинской грамотности и профилактической активности допризывников и призывников. Обоснована необходимость планирования приоритетных направлений совершенствования медицинского обеспечения этих категорий населения; создания в образовательных учреждениях непрерывной системы гигиенического воспитания социальных и возрастных групп молодежи.

Ключевые слова: подростки и юноши допризывного и призывного возрастов, медико-социальная характеристика, состояние здоровья.

**S. N. LINCHENKO¹, I. A. ZHMAKIN², S. V. POROYSKIY³, A. V. ARUTYUNOV¹, V. M. BONDINA¹,
V. I. HMELIK⁴**

MEDICAL-AND-SOCIAL CHARACTERISTICS OF TEENAGERS AND YOUNG MEN BOTH BELOW THE CONSCRIPTION AGE AND DUE FOR CONSCRIPTION IN THE KRASNODAR TERRITORY

¹ *Chair of mobilization preparation of health care and medicine of accidents of the state educational institution of higher professional education «Kuban state medical university» of the Ministry of health of the Russian Federation, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4; tel. (861) 268-35-39; e-mail: s_linchenko@mail.ru;*

² *chair of mobilization preparation of health care and medicine of accidents of the state educational institution of higher professional education «Tver state medical university» of the Ministry of health of the Russian Federation, Russia, 170100, Tver, Sovetskaya str., 4; tel. 8 (910) 536-88-79; e-mail: 4822konstom@mail.ru;*

³ *chair of medicine of accidents of the state educational institution of higher professional education «Volgograd state medical university» of the Ministry of health of the Russian Federation, Russia, 400131, Volgograd, Pavshikh Bortzov Square, 1; tel. (937) 697-56-84; e-mail: poroyskiy@mail.ru;*

⁴ *branch № 2 1602 of District military clinical hospital of the Ministry of defence of the Russian Federation, Russia, 350063, Krasnodar, Postovaya str., 6; tel. (861) 268-37-90; e-mail: doctor-max@list.ru.*

Medical-and-social characteristics as well as their connection with the health status of teenagers and young men below the conscription age and those due to conscription in the Krasnodar territory have been studied. The low level of their medical competence and prophylactic activity has been established. It was found necessary to plan priority guidelines for the improvement of medical support of these categories of the population as well as to create continuous system of hygienic education for social and age groups of young people.

Keywords: teenagers and young men below the conscription age and those due to conscription, medical-and-social characteristics, health status.

Практически ежегодно Минобороны России, проводя призыв молодого пополнения, сталкивается с низкой годностью граждан к военной службе. Известно [15], например, что среднероссийский показатель годности в период с 2007 по 2010 г. оценивался ниже 70 %, причем доля полностью годных (без минимальных ограничений) не превышала 30–35 %. Недостаточное знание или несоблюдение основ здорового образа жизни (ЗОЖ), снижение параметров физического развития детей и подростков влекут за собой ухудшение состояния здоровья молодежи, что, в свою очередь, затрудняет комплектование Вооруженных сил здоровым пополнением [2, 9, 12]. В резолюции XVI конгресса педиатров России особенно тревожащим названо состояние здоровья подростков 15-17 лет. Поэтому укрепление здоровья подростков и юношей является одной из приоритетных задач национальной политики в области охраны здоровья населения, решение которой позволит изменить неблагоприятные тенденции, улучшить демографию, повысить качество его жизни и обеспечит возможность полноценного комплектования Вооруженных сил [3, 7, 11].

Известно, что для оценки состояния здоровья подростков и юношей недостаточно только анализа функционирования органов и жизненно важных систем. В работах ряда авторов подчеркивается актуальность изучения социально-гигиенических аспектов для выявления факторов риска нарушений здоровья детей и подростков [4, 5, 12, 13]. По мнению В.В. Куликова [8], социально-гигиенический подход основан на понимании природы человека, основных закономерностей развития и проявления его свойств и качеств в процессе различных видов деятельности. Поэтому вполне объяснима связь здоровья детей и подростков с психологическим климатом в семье, способностью и возможностями родителей формировать их образ жизни. Большую ценность приобретают данные, полученные методом анонимного анкетирования подростков и юношей. При изучении семьи, бытовых условий анализу подлежат характер жилья, материальная обеспеченность, наличие постоянной работы, образование родителей и другие факторы с последующим исследованием степени сопряженности этих показателей с состоянием здоровья.

Целью настоящей работы явилось изучение медико-социального статуса подростков и юношей допризывного и призывного возрастов в Краснодарском крае.

Материал и методы исследования

При проведении исследования использован комплекс методов: социологический (анонимное анкетирование), экспертных оценок, статистический, графический.

Демографическая, медико-социальная характеристика, условия жизни изучены по данным анонимного анкетирования подростков и юношей в возрасте от 15 до 26 лет включительно по разработанным оригинальным анкетам: для подростков 15–17 лет и для юношей 18–26 лет. Анкетирование проведено в 2014 г. на базе детских поликлиник (15–16 лет летние подростки), на базе военного комиссариата Краснодарского края (17-летние подростки) при первоначальной постановке на воинский учет и на краевом призывном пункте (юноши от 18 до 26 лет включительно) при призыве в Вооруженные силы. В процессе работы проанкетировано 1380 чел. После выбраковки по заключению экспертов к дальнейшему исследованию привлечены 1180 анкет (при необходимом количестве 1150).

Полученные данные составили характеристику рода занятий подростков и юношей, состава семьи, жилищных и материальных условий жизни, состояния здоровья, физической активности. Для статистической обработки результатов исследования применялась компьютерная база данных в табличном процессоре Excel с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты и их обсуждение

Анонимное анкетирование позволило изучить и проанализировать медико-социальные характеристики подростков и юношей, проживающих в Краснодарском крае. На рис. 1 представлено распределение респондентов по возрасту; средний возраст составил $16,8 \pm 1,5$ года. В возрастной группе 18 лет и старше (призывники) подавляющее большинство (258 чел. – 95,9 %) составили 18–20-летние юноши, остальные 11 чел. (4,1 %) имели возраст 21–26 лет. Поэтому авторы сочли возможным в дальнейшем не акцентировать на последних внимание, так как они не окажут существенного влияния на результаты изучения упомянутой возрастной группы в целом.

Среди всей когорты анкетированных преобладали учащиеся (студенты) – 84,2 % (993 чел.), в т.ч. в возрастных категориях 15 и 16 лет – по 100 %, 17 лет – 98,8 % и только среди призывников (18–26 лет) большинство – 56,1 % (151 чел.) занимались трудовой деятельностью, в основном в промышленном производстве, сельском хозяй-

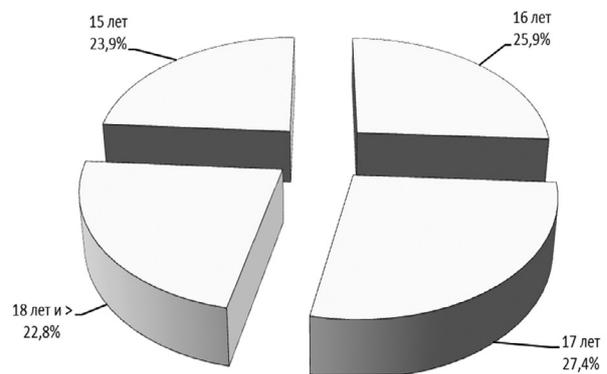


Рис. 1. Распределение опрошенных подростков и юношей по возрасту (%).

стве и сфере услуг. На момент призыва еще 32 чел. (11,9 %) не имели постоянного места работы. Среди учащихся большинство являлись учениками средних общеобразовательных школ – 65,3 % (648 чел.), остальные 34,7 % (345 чел.) обучались в колледжах – 13,6 % (135 чел.), 9,3 % (92 чел.) – в техникумах, 5,4 % (54 чел.) – в вузах, 3,4 % (34 чел.) – в лицеях и 3,0 % (30 чел.) – в гимназиях. С увеличением возраста респондентов снижается доля учащихся общеобразовательных школ и, соответственно, возрастает доля обучающихся в других учебных заведениях.

В полных семьях воспитывались 68,3 % (806 чел.) подростков и юношей, в неполных – 31,7 % (374 чел.), в т.ч. 1,0 % (12 чел.) родителей не имели. Наибольшая доля воспитывавшихся в неполных семьях отмечается у 16-летних подростков – 40,5 % и призывников (18–26 лет) – 35,3 %, меньшая – в возрастных категориях 17 лет – 26,9 % и 15 лет – 24,1 %.

Изучение образовательного уровня родителей анкетированных показало, что большинство отцов имели среднее специальное образование (профессионально-технические училища, колледжи, техникумы) – 41,3 %, среднее – 26,3 % и высшее образование – 24,1 %. Значительно меньшая доля отцов имела незаконченное высшее образование – 6,0 %, в единичных случаях (9) упоминалось неполное среднее образование. Примерно такая же ситуация отмечается и в образовательном уровне матерей. Большинство из них также имели среднее специальное (35,7 %), среднее (34,4 %) и высшее (25,8 %) образование. Незаконченное высшее образование имели 4,1 % матерей, и только 5 имели неполное среднее образование. Таким образом, имеет место достаточно высокий образовательный уровень родителей подростков и юношей, что может говорить в пользу благоприятного климата в семьях. С другой стороны, треть анкетированных воспитываются в «неполных» семьях, что, возможно, осложняло воспитательный процесс.

Анализ трудовой деятельности родителей показал, что большинство из них (89,0 %) работали, хотя среди отцов не имели постоянной работы

4,8 %, а среди матерей – 6,2 %. Сфера трудовой деятельности отцов была представлена преимущественно промышленным производством (заняты 49,8 %) и обслуживанием (24,9 %), значительно реже в анкетах указывались такие области деятельности, как сельское хозяйство, предпринимательство, работа в силовых ведомствах. У матерей трудовая деятельность в основном осуществляется на предприятиях, предоставляющих услуги, – 45,7 %, а также на промышленных производствах – 31,6 %. Очевидно, высокая занятость родителей в трудовой деятельности повлияла на результаты оценки респондентами 15–17 лет материального положения своей семьи: признали его хорошим 43,9 % опрошенных, удовлетворительным – 36,0 % и только 20,1 % – плохим. То есть почти 80,0 % подростков удовлетворены своим материальным достатком. При этом оценка снижается с увеличением возраста подростков. Если в 15-летнем возрасте его оценили хорошим 55,3 % опрошенных, то в 16-летнем – 45,7 %, а в 17-летнем – только 32,2 %. Среди призывников (18–26 лет) свое материальное положение считают хорошим 35,7 % респондентов, удовлетворительным – 31,2 %, а плохим – уже 33,1 %.

Весьма важным представилось изучение жилищных условий подростков и юношей. Большинство из них проживали совместно с родителями – 72,2 % (852 чел.), меньше – в общежитии – 10,3 % (121 чел.), у родственников – 10,3 % (122 чел.) и на съемной квартире – 5,8 % (68 чел.). Лишь 17 чел. (1,4 %) имели собственное жилье. Подростки в

заведательных учреждениях или началом трудовой деятельности.

Большинство опрошенных – 44,0 % (519 чел.) считают свои жилищные условия удовлетворительными, еще 35,8 % (423 чел.) оценивают их как хорошие и только 20,2 % (238 чел.) – как плохие. То есть условия проживания детей и подростков не могут оказать существенного влияния на состояние здоровья исследуемой возрастной группы населения.

Важнейшим разделом анкеты явились вопросы, ответы на которые помогли составить представление о самооценке подростками и юношами своего здоровья (табл. 1). Так, на вопрос «Считаете ли Вы себя полностью здоровым?» в целом положительно ответили 41,7 % (492 чел.) опрошенных. При этом выявилась четкая тенденция снижения числа утвердительных ответов с увеличением возраста респондентов.

Соответственно возрастает доля тех, кто не считает себя здоровым – с 29,4 % в 15 лет до 66,5 % в 18–26 лет. Эти данные, хоть и являются субъективными, но также подтверждают упоминаемые в литературе [6, 10, 14] тенденции ухудшения здоровья молодых людей с увеличением их возраста. Об этом же свидетельствуют и результаты оценки ответов респондентов на вопрос о наличии у них хронических заболеваний. В целом подтвердили имеющуюся у них хроническую патологию 19,7 % опрошенных (232 чел.). При этом доля респондентов, ответивших утвердительно, с возрастом увеличивается: имеет место рост показателя от возрастной категории 15 до возрастной категории 18–26 лет в 2,0 раза.

Таблица 1

Результаты исследования самооценки подростками и юношами своего здоровья

| Вариант ответа | Возраст (лет) | | | | | | | | Итого | |
|---|---------------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 15 | | 16 | | 17 | | 18–26 | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Ответы на вопрос «Считаете ли Вы себя полностью здоровым?» | | | | | | | | | | |
| Да, считаю | 173 | 61,3 | 141 | 46,1 | 104 | 32,2 | 74 | 27,5 | 492 | 41,7 |
| Нет | 83 | 29,4 | 146 | 47,7 | 191 | 59,1 | 179 | 66,5 | 599 | 50,8 |
| Затрудняюсь ответить | 26 | 9,3 | 19 | 6,2 | 28 | 8,7 | 16 | 6,0 | 89 | 7,5 |
| ВСЕГО | 282 | 100,0 | 306 | 100,0 | 323 | 100,0 | 269 | 100,0 | 1180 | 100,0 |
| Ответы на вопрос «Есть ли у Вас хроническое заболевание?» | | | | | | | | | | |
| Да | 36 | 12,8 | 58 | 19,0 | 72 | 22,3 | 66 | 24,5 | 232 | 19,7 |
| Нет | 224 | 79,4 | 231 | 75,5 | 224 | 69,3 | 193 | 71,8 | 872 | 73,9 |
| Затрудняюсь ответить | 22 | 7,8 | 17 | 5,5 | 27 | 8,4 | 10 | 3,7 | 76 | 6,4 |
| ВСЕГО | 282 | 100,0 | 306 | 100,0 | 323 | 100,0 | 269 | 100,0 | 1180 | 100,0 |

возрасте 15 и 16 лет почти все (94,0 и 91,5 %) проживали на одной площади с родителями; у 17-летних и особенно 18–26-летних их доля заметно снижается (соответственно до 61,3 и 40,5 %), что связано с продолжением обучения в других обра-

Среди указанных опрошенными хронических заболеваний ведущее место занимает патология со стороны органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки, нервной системы,

глаза и его придаточного аппарата, т. е. преимущественно патология, отмеченная авторами ранее при исследовании заболеваемости детей и подростков [10]. Дальнейшее изучение этого вопроса привело к важному выводу: с увеличением возраста увеличиваются не только распространенность хронической патологии, но и ее сочетания: если в 15-летнем возрасте все респонденты, имеющие хроническую патологию, указали только одно заболевание, то в 16-летнем возрасте на наличие 2 заболеваний указали 11 чел. (19,0 %), в 17-летнем – 21 (29,2 %), а в возрастной категории 18–26 лет – уже 23 чел. (34,8 %).

Наличие хронической патологии и функциональных нарушений явилось основанием для распределения опрошенных по группам состояния здоровья (табл. 2): с возрастом увеличивается доля 3-й группы – с 12,8 % в 15-летнем возрасте до 24,5 % в возрастной группе 18–26 лет (в 1,9 раза), а также 2-й – соответственно с 22,1 до 36,4 % (в 1,3 раза). Соответственно отмечается снижение доли подростков и юношей, отнесенных к 1-й группе (здоровые), – с 48,9 до 33,8 % (уменьшение показателя в 1,4 раза).

(в 4,9 раза меньше) и 55,0 % (в 2,5 раза больше); среди возрастной группы 18–26 лет – соответственно 8,0 % (в 4,9 раза меньше) и 55,0 % (в 2,2 раза больше).

Столь существенные различия трудно объяснить одним только повышением эффективности медицинского обеспечения молодежи в последние 10–12 лет [9]. По-видимому, следует учитывать и методику сбора данных, и их обработку. Так, в ходе настоящего исследования выявлена довольно значительная доля респондентов, затруднившихся с ответами. В предыдущих исследованиях они не представлены. Общее, что объединяет результаты, – негативная динамика показателей с увеличением возраста.

Далее авторы проанализировали зависимости между различными группами здоровья и социальным статусом семей подростков и юношей, образовательным уровнем родителей. Были выделены однородные группы полных семей, где родители имели одинаковый социальный статус и образовательный уровень. По социальному статусу таких семей оказалось 216, в т. ч. где оба родителя были рабочими различных специальностей – 82, слу-

Таблица 2

Анализ ответов респондентов на вопрос «Ваша группа здоровья?»

| Группа здоровья | Возраст (лет) | | | | | | | | Итого | |
|----------------------|---------------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 15 | | 16 | | 17 | | 18–26 | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Первая | 138 | 48,9 | 126 | 41,2 | 107 | 33,1 | 91 | 33,8 | 462 | 39,2 |
| Вторая | 82 | 29,1 | 101 | 33,0 | 125 | 38,7 | 98 | 36,4 | 406 | 34,4 |
| Третья | 36 | 12,8 | 58 | 19,0 | 72 | 22,3 | 66 | 24,5 | 232 | 19,7 |
| Затрудняюсь ответить | 26 | 9,2 | 21 | 6,8 | 19 | 5,9 | 14 | 5,3 | 80 | 6,7 |
| ВСЕГО | 282 | 100,0 | 306 | 100,0 | 323 | 100,0 | 269 | 100,0 | 1180 | 100,0 |

Анализ литературы позволил сравнить распределение подростков и юношей по группам здоровья с аналогичными результатами, полученными 10–15 лет назад по Краснодарскому краю [14] и Ростовской области [1]. Полученные нами данные более благоприятным образом характеризуют здоровье молодых людей. Так, доля подростков и юношей 17-летнего возраста, отнесенных к 1-й группе здоровья, в 1999–2000 г. в Краснодарском крае была почти в 3 раза меньше (11,9 %), а к 3-й группе – более чем в 2 раза больше (46,5 %). У призывников (18–26 лет) эти показатели были соответственно в 4,8 раза ниже (7,1 %) и в 2,5 раза выше (61,8 %).

В Ростовской области на тот же период среди 15-летних подростков доля отнесенных к 1-й группе составляла 10,8 % (в 4,5 раза меньше), к 3-й группе – 47,0 % (в 3,5 раза больше); среди 16-летних – соответственно 7,7 % (в 5,4 раза меньше) и 57,0 % (в 3,0 раза больше); среди 17-летних – 6,7 %

жителями (включая инженерно-технических работников) – 86 и занятыми в сельскохозяйственном производстве – 48. По образовательному уровню выделено 214 семей, которые распределились следующим образом: оба родителя имели среднее образование – 54, среднее специальное – 120, высшее – 40. Оказалось (табл. 3), что в семьях, где оба родителя служащие, доля подростков и юношей с 1-й группой здоровья достоверно выше, чем в семьях рабочих и сельхозпроизводителей, а с 3-й – достоверно ниже.

Еще большие различия установлены при сопоставлении распределения подростков и юношей по группам здоровья с образовательным уровнем родителей. Доля подростков и юношей из семей, где у родителей высшее образование, имеющих 1-ю группу здоровья, достоверно выше, чем в семьях со средним или средним специальным образованием родителей, а имеющих 3-ю группу – достоверно ниже по сравнению с двумя другими

группами семей. Доля подростков и юношей, отнесенных к 3-й группе здоровья, в семьях, где родители имеют среднее специальное образование, достоверно ниже, чем в семьях, в которых у родителей было среднее образование.

Приведенные данные позволяют сделать вывод: чем выше социальный статус семьи и уровень образованности родителей, тем выше уровень здоровья воспитывающихся в этих семьях подростков и юношей.

реждения. Распространены случаи самолечения.

Стоматологическая патология является наиболее распространенной, поскольку ею страдают практически 100 % населения. Поэтому, анализируя посещаемость стоматолога, можно судить о медицинской активности, а значит, и о медицинской грамотности подростков и юношей. Анализ данных анкетирования показал, что молодежь довольно редко обращается за стоматологической помощью: большинство 1 раз в год – 45,8 % (541

Таблица 3

Распределение респондентов по группам здоровья в зависимости от социального статуса и образовательного уровня родителей

| Группа здоровья | Социальный статус родителей | | | | | | Достоверность различий Рр,Рсл,Рсх | Образование родителей | | | | | | Достоверность различий Рс,Рсс,Рв |
|-----------------|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------|------------|--------------|---|
| | рабочие (р) | | служащие (сл) | | сельхозпроизводители (сх) | | | среднее (с) | | среднее специальное (сс) | | высшее (в) | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | |
| Первая | 42 | 51,2 | 58 | 67,4 | 22 | 45,8 | РслРр < 0,05 РслРсх < 0,05 | 25 | 41 | 48 | 43,6 | 29 | 67,4 | РвРс < 0,05 РвРсс < 0,05 РсРсс > 0,05 |
| Вторая | 29 | 35,4 | 23 | 26,7 | 19 | 39,6 | РслРр > 0,05 РслРсх < 0,05 | 14 | 22,9 | 36 | 32,8 | 12 | 27,9 | РвРс > 0,05 РвРсс > 0,05 РсРсс < 0,05 |
| Третья | 11 | 13,4 | 5 | 5,9 | 7 | 14,6 | РслРр < 0,05 РслРсх < 0,05 | 22 | 36,1 | 26 | 23,6 | 2 | 4,7 | РвРс < 0,05 РвРсс < 0,05 РсРсс < 0,05 |
| ВСЕГО | 82 | 100,0 | 86 | 100,0 | 48 | 100,0 | | 61 | 100,0 | 110 | 100,0 | 43 | 100,0 | |

Примечание: различия между данными респондентов из семей рабочих и семей, занятых сельхозпроизводством, по всем группам здоровья статистически не значимы ($p > 0,05$).

Анализ частоты случаев заболеваний у опрошенных в течение года подтверждает высокие цифры уровня заболеваемости подростков и юношей. На вопрос «Часто ли Вы болеете?» ответы распределились следующим образом: 1 раз в год – 17,9 % (211 чел.); 2–3 раза в год – 34,1 % (402 чел.); 4–5 раз в год – 32,7 % (386 чел.); чаще 4–5 раз в год – 8,8 % (104 чел.), остальные 6,5 % (77 чел.) затруднились с ответом. То есть свыше 41,0 % болеют 4–5 раз в году и чаще. Причем их количество возрастает с увеличением возраста анкетированных: с 35,0 и 41,5 % соответственно в 15 и 16 лет до 48,3 и 43,5 % соответственно в 17 и 18–26 лет. Косвенно об уровне здоровья подростков и юношей говорят данные об обращаемости в поликлинику. Чаще всего опрошенные обращаются в поликлинику 1 раз в год – 30,6 % (361 чел.) и 1 раз в полгода – 27,1 % (320 чел.). Реже 1 раза в год обращаются в поликлинику 15,5 % (183 чел.), 1 раз в 3 мес. – 14,1 % (166 чел.) и 1 раз в месяц – 5,5 % (65 чел.). Еще 7,2 % (85 чел.) затруднились с ответом. Сравнение этих данных с предыдущими (частотой случаев заболеваний в году) говорит о том, что многие подростки и юноши предпочитают лечиться вне амбулаторно-поликлинического уч-

чел.) и реже – 34,6 % (408 чел.). Только 7,9 % (93 чел.) и 2,3 % (27 чел.) посещают стоматолога соответственно 1 раз в полгода и 1 раз в 3 мес. Еще 9,4 % (111 чел.) уклонились от ответа. Причем такое распределение характерно для всех возрастных групп и, соответственно, отражает недостаточный уровень знаний подростков и юношей принципов и правил здорового образа жизни.

Подтверждением этого явились ответы опрошенных на вопрос «Вы осведомлены о правилах здорового образа жизни?». Установлено, что знают достаточно о здоровом образе жизни только четверть опрошенных – 27,4 %, тогда как большая часть – 43,5 % осведомлены о нем поверхностно. Каждый шестой подросток и юноша (17,5 %) практически не обладают знаниями о правилах ЗОЖ. Еще 11,6 % не смогли определиться с ответом. Обращает внимание, что свыше 70 % подростков и юношей не владеют теоретическими знаниями о принципах и правилах ЗОЖ. Это косвенно свидетельствует об отсутствии у них в полном объеме умений и навыков ведения ЗОЖ. При этом наблюдается довольно равномерное распределение вариантов ответов среди всех возрастных групп респондентов, что

диктует необходимость принятия мер по усилению пропаганды ЗОЖ не только среди подростков и юношей, но и среди детей. В свою очередь, отсюда вытекает настоятельная потребность создания в образовательных учреждениях и медицинских организациях действенной непрерывной системы гигиенического воспитания учащихся, студентов, других социальных групп молодежи. В какой-то мере обнадеживает стремление большей части респондентов (84,5 %, или 997 чел.) повысить уровень своих знаний в области здорового образа жизни.

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить следующее. Большинство подростков и юношей (68,3 %) воспитывались в полных семьях с хорошими и удовлетворительными материальными (79,9 %) и жилищными (79,8 %) условиями, высоким образовательным уровнем родителей (до 30,0 % имели высшее и незаконченное высшее образование), что в целом свидетельствует об отсутствии существенного отрицательного влияния этих факторов на здоровье изучаемого контингента. С возрастом увеличивается доля лиц, отмечающих наличие хронических заболеваний и их сочетаний; доля подростков и юношей с 1-й группой здоровья достоверно выше в семьях с более высоким социальным статусом и образовательным уровнем родителей, а с 3-й – ниже.

Обращает на себя внимание низкий уровень медицинской грамотности и профилактической активности допризывников и призывников, обусловленный недостаточной эффективностью их гигиенического воспитания в образовательных учреждениях и проявляющийся редким посещением поликлиники в профилактических целях во всех возрастных группах, отсутствием приверженности соблюдению норм ЗОЖ; большинство подростков и юношей предпочитают лечиться самостоятельно.

Полученные результаты целесообразно использовать для анализа распространенности и динамики факторов риска нарушений здоровья подростков и юношей, изучения их связи с неблагоприятными социально-гигиеническими факторами жизнедеятельности, планирования приоритетных направлений совершенствования медицинского обеспечения населения, в том числе медико-профилактических и лечебно-оздоровительных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ан Р. Организационно-методологическое обоснование концепции укрепления здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу. – М., 2003. – 43 с.

2. Баранов А. А. Концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Р. Н. Терлецкая, Д. И. Зелинская // *Вопр. совр. педиатрии.* – 2010. – № 5. – С. 5–9.

3. Баранов А. А. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А. А. Баранов, Л. А. Щеплягина, А. Г. Ильин и др. // *Рос. педиатр. журн.* – 2005. – № 2. – С. 4–8.

4. Дильман В. М. Четыре модели медицины. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.

5. Жмакин И. А. Медико-социальная характеристика состояния здоровья детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями / И. А. Жмакин, Ю. А. Алексеева, О. В. Андреева, Н. Д. Баженов // *Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал).* – 2015. – № 8 (52). – С. 22–38.

6. Иваненко А. В. Состояние здоровья детского и подросткового населения Москвы и его связь с социально-гигиеническими факторами / А. В. Иваненко, И. Ф. Волкова и др. // *Здравоохран. Рос. Фед.* – 2009. – № 2. – С. 28–30.

7. Иванова А. Е. Проблема смертности российской молодежи / А. Е. Иванова, С. А. Федоткина // *Здравоохран. Рос. Фед.* – 2011. – № 2. – С. 3–7.

8. Куликов В. В. Клинический анализ особенностей патологии личности подростков – правонарушителей // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1991. – № 110. – С. 1543–1546.

9. Линченко С. Н. Анализ эффективности медицинского обеспечения подростков и юношей Краснодарского края, подлежащих призыву на военную службу / С. Н. Линченко, Д. В. Пухняк, В. И. Хмелик, Г. В. Грушко // *Кубан. науч. медиц. вестник.* – 2015. – № 5. – С. 90–94.

10. Линченко С. Н. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков и юношей допризывного и призывного возрастов в Краснодарском крае / С. Н. Линченко, Д. В. Пухняк, В. И. Хмелик // *Кубан. науч. медиц. вестник.* – 2014. – № 5. – С. 76–80.

11. Огрызко Е. В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15–17 лет // *Здравоохран. Рос. Фед.* – 2010. – № 3. – С. 3–9.

12. Прохоров Н. И. Медико-социальная, демографическая и гигиеническая характеристика состояния здоровья подростков, допризывников и призывников / Н. И. Прохоров, В. В. Палкин // *Гигиена и санитария.* – 2005. – № 4. – С. 43–46.

13. Скоблина Н. А. Физическое развитие детей, находящихся в различных социальных условиях // *Рос. педиатр. журн.* – 2008. – № 3. – С. 29–31.

14. Хан В. В. Состояние здоровья и качество жизни подростков, допризывников и призывников Краснодарского края // *Воен.-мед. журн.* – 2005. – № 3. – С. 66.

15. Хидиятуллина Р. К. Современные тенденции в состоянии здоровья юношей допризывного и призывного возраста Республики Башкортостан / Р. К. Хидиятуллина, В. А. Малиевский // *Вопр. совр. педиатр.* – 2010. – Вып. 9, № 3. – С. 13–20.

Поступила 29.04.2016