

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616-058:312.6]-084:614.2

С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова, В.Н. Потапов, С.А. Чандирли,
Л.Ю. Балека, В.В. Беличенко, Д.С. Огай**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО
ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России,
123995, г. Москва

Социально значимые заболевания представляют собой колоссальный ущерб для общества, связанный с высокой заболеваемостью, временной нетрудоспособностью, инвалидностью и смертностью. Комплексный подход к лечению пациентов с данной группой заболеваний требует огромных затрат на диагностику, реабилитацию, профилактику преждевременной смертности, социальную поддержку пациентов, а также превентивную борьбу с преступностью (при наркомании и алкоголизме). Приоритетным решением проблемы социальных заболеваний является предупреждение факторов риска их развития с проведением современных технологий профилактики. Это позволит целенаправленно и успешно использовать экономические и медицинские ресурсы на первичную профилактику социально значимых заболеваний и оздоровление населения.

Ключевые слова: социально значимые заболевания, факторы риска, диспансеризация, пропаганда здорового образа жизни

**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF HEALTH. MODERN APPROACHES TO THE PREVENTION OF
SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES**

S.N. Puzin, M.A. Shurgaya, O.T. Bogova, V.N. Potapov, S.A. Chandirli, L.Yu. Baleka, V.V. Belichenko, D.S.Ogay

Russian Medical Academy of Postgraduate Education 123995, Moscow, Russian Federation

Socially significant diseases make a great damage to society associated with high morbidity, incapacity, disability and mortality. A comprehensive approach to the treatment of patients with this group of diseases requires high expenditures on diagnosis, rehabilitation, prevention of premature mortality, and social support to patients, as well as crime prevention (with drug addiction and alcoholism). Priority solution of the social diseases problem is to prevent risk factors for their development by modern technology of prevention. This will purposefully and successfully use economic and medical resources for the prevention of socially significant diseases and promotion public health.

Key words: socially significant diseases, risk factors, despanserisation, and formation of healthy lifestyle.

В настоящее время в Российской Федерации остается напряженной эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом числа заболеваний социального характера. Социально значимые заболевания («социальные болезни») — это болезни, основным признаком и одновременно ключевой проблемой которых является способность к широкому распространению (массовость). Заболевания данной группы имеют огромное значение для общества, представляют угрозу большому количеству человек.

Эпидемиологические наблюдения послужили основанием для составления перечня социально значимых заболеваний. Критерии включения определены ст. 43 ФЗ 323 «Об охране здоровья граждан» от 09.11.11, такие как высокий уровень первичной инвалидности и смертности и снижение продолжительности жизни. В данный перечень вошли: болезни, характеризующиеся повышенным артериальным

давлением, сахарный диабет, злокачественные новообразования, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), туберкулез, гепатит, инфекции, передаваемые половым путем, психические расстройства и расстройства поведения.

Включение определенной нозологии в перечень социально значимых заболеваний зависит от ряда национальных, культурных и экономических факторов. Например: — в Японии диабет относится к распространенным, но при этом не социально значимым заболеваниям. Лекарственное обеспечение и просвещение больных организованы таким образом, что их средняя продолжительность жизни не ниже, чем у человека, не болеющего диабетом. — Туберкулез — серьезная проблема для России, многих стран Африки и Азии, а в странах Северной Америки распространенность заболевания низкая.

У больных, страдающих заболеваниями этой группы, как отмечалось в концепции Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2012 годы)», потребность в медицинской помощи возрастает по мере ухудшения их состояния и возникновения осложнений [1]. Лечение таких больных требует привлечения

Для корреспонденции:

Шургая Марина Арсеньевна — канд. мед. наук, доц. каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы; 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, e-mail: daremar@mail.ru.

Таблица 1

Группировка ФР и их вклад в формирование здоровья (Ю.П. Лищин)

Группа ФР	ФР, входящие в группу	Доля, %
I. Образ жизни	Курение Употребление алкоголя Несбалансированное питание Стрессовые ситуации (дистрессы) Вредные условия труда Адинамия, гиподинамия Потребление наркотиков Злоупотребление лекарствами Напряженные семейные отношения Напряженные психоэмоциональные отношения на работе Низкий культурный и образовательный уровень	50—55
II. Генетические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням Наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям	15—20
III. Окружающая среда	Загрязнение воздуха канцерогенами Загрязнение воды канцерогенами и другими вредными веществами Загрязнение почвы Резкие смены состояния атмосферы Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	20—25
IV. Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий Низкое качество и несвоевременность медицинской помощи	10—15

дополнительных средств и укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения.

Социально значимые заболевания представляют собой колоссальный ущерб для общества, связанный с потерей временной и стойкой трудоспособности. В целом во всем мире ту или иную степень инвалидности имеют почти 15% населения (т. е. более 1 млрд человек, из них 110—190 млн человек имеют значительную степень ограничения в различных сферах жизни). Представленные в докладе ВОЗ 2011 г. «Инвалидность в мире» [2] сведения о России крайне скудны — в России 16,4% населения имели ту или иную степень инвалидности, а количество потерянных лет трудоспособной жизни (Years Lived with Disability) составляло 10 лет на 100 человек в 2004 г. Инвалидность среди трудоспособного населения — это самая болевая точка демографического развития России, причем в целом ряде субъектов Российской Федерации демографическая ситуация требует незамедлительного реагирования. Анализ и оценка экономического ущерба вследствие выхода на инвалидность трудоспособного населения являются актуальной на современном этапе реализации программ государства по улучшению показателей здоровья трудоспособного населения и стабилизации демографической ситуации в стране.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности и необходимости углубленного исследования проблемы социально значимых заболеваний.

Основные факторы риска (ФР) социально значимых заболеваний. Магистральные признаки, закладываемые в понятие «социально значимое заболевание» это:

- массовость заболевания, т. е. высокий процент распространения заболевания среди населения, в том числе наличие значительного процента «скрытых» больных в социуме;
- высокие темпы ежегодного прироста количества больных, заболевания данной группы имеют особенность достаточно быстро распространяться;
- ограничение полноценного функционирования больного в социуме при наличии такого заболевания;
- опасность заболевания для окружающих;
- инфекционный и неинфекционный характер.

Очевидно, что большинство социально значимых болезней связаны друг с другом и возникновение одной из них предрасполагает к развитию других. Все перечисленные социально значимые заболевания обладают ФР и факторами защиты. Знание этих факторов может сыграть большую роль в осуществлении профилактики. ФР ассоциируются с повышенной вероятностью развития, более выраженной степенью тяжести или более продолжительным течением тяжелых расстройств здоровья. Защитные факторы — это условия, повышающие сопротивляемость людей к ФР и расстройствам; их определяют как факторы, которые модифицируют, улучшают или изменяют реакцию человека на некоторые средовые ФР, предрасполагающие к нарушению способности адаптироваться. Следовательно, основополагающей задачей практического здравоохранения по предотвращению социально значимых заболеваний является борьба с ФР их развития.

Число ФР огромно и с каждым годом возрастает. В табл. 1 представлены 4 основные группы ФР, вклад которых в развитие социально значимых заболеваний неодинаков [3].

Таким образом, из всех ФР первое место занимает нездоровый образ жизни, удельный вес которого в развитие заболеваний превышает 50% всех факторов воздействий. Остальные 50% приходятся на генетические факторы, факторы окружающей среды, медицинские факторы.

В то же время, по данным ВОЗ, приверженность здоровому образу жизни населения России очень низкая:

Курение — не менее 62% мужчин, не менее 15% женщин,

— в среднем на душу населения приходится 15 па- чек в месяц.

Злоупотребление алкоголем — 70% мужчин, 47% женщин,

— показатель потребления алкоголя в пересчете на чистый спирт в РФ один из самых высоких в Европе — 13,5 л на душу населения в год.

Избыточная масса тела — 20% мужчин, 25% женщин.

Не занимаются спортом — 38% мальчиков, 59% девочек.

Велик вклад ФР в развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), распространение которых приняло характер эпидемии. ССЗ — одна из самых актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения второй половины XX и начала XXI века. По данным популяционных исследований, значительная часть взрослого населения (в России около 40%) имеют повышенное артериальное давление (АД).

Таблица 2

ФР, ассоциированные с ССЗ

ФР	Детерминанты образа жизни	Общие детерминанты	
		фиксированные	модифицируемые
Повышение АД	Курение	Возраст	Доход
Повышение уровня глюкозы крови	Нерациональное питание	Пол	Образование
Повышение уровня холестерина крови	Злоупотребление алкоголем	Генетические факторы	Условия жизни
Избыточная масса тела/ожирение	Низкая физическая активность	Этническая принадлежность	Условия работы

Повышенный уровень АД является независимым фактором риска развития ССЗ — ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточности, мозгового инсульта и их неблагоприятных исходов. Показана линейная зависимость между уровнем АД и частотой развития осложнений, причем снижение АД в результате лечения сопровождается пропорциональным снижением ССЗ и смертности независимо от исходного уровня АД. Однако адекватный контроль АД достигается только у 30—50% больных в странах с высоким уровнем развития здравоохранения, в России — у 24% пациентов [5, 6].

В 2011 г. [7] страдающие от ССЗ составили 14% от общего числа зарегистрированных больных, тогда как еще недавно их доля составляла около 10% (10,5% в 2000 г., 9,2% в 1990 и 1995 гг.). За период 2000—2010 гг. наиболее значительный рост (на 53%) зарегистрированной первичной заболеваемости отмечался по этому классу заболеваний [7]. ССЗ существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из ее основных причин. Так, среди людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, 39,5% получили инвалидность именно в связи с ССЗ.

Наряду с этим социальное значение ССЗ определяется не только, а вернее не столько частотой их распространения, сколько их тяжестью. Эти заболевания, в первую очередь «молчаливый убийца» — гипертоническая болезнь (ГБ) и ИБС занимают ведущее 2-е место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе и в России [5, 8]. От осложнений этих заболеваний — ИМ, мозгового инсульта, а также почечной недостаточности в РФ ежегодно умирают почти 1,2 млн человек, причем 150 тыс. — моложе 60 лет. Это составляет 55% от общей смертности, причем этот показатель в РФ в 2—4 раза выше, чем в западноевропейских странах, США, Канаде, Австралии. ССЗ являются основными причинами заболеваемости с временной утратой трудоспособности, занимают 1-е место среди причин инвалидности и ранней смертности (сверхсмертность) [2].

Наряду с этим за последние 40 лет **структура ССЗ в детском и подростковом возрасте** претерпела существенные изменения, увеличился удельный вес ССЗ неревматического происхождения. По данным популяционных исследований, проведенных в РФ, артериальная гипертензия (АГ) среди детей и подростков наблюдается в зависимости от возраста и избранных критериев у 2,4—18%. Были получены также доказательства реального влияния эссенциальной АГ, возникающей в подростковом и молодом возрасте, на будущий прогноз ССЗ и смертность [4, 5]. В связи с этим тщательное обследование подростков для выявления у них АГ и своевременного лечения приобретает огромное значение для первичной профилактики ССЗ.

На сегодняшний день установлены **основные ФР ССЗ, а также сахарного диабета (СД)** для людей, живущих в XXI веке (табл. 2).

Необходимо учитывать, что сочетание факторов риска ССЗ существенно повышает смертность от ИМ: она минимальна у некурящих мужчин без ГБ и повышенного уровня холестерина крови, при повышении уровня холестерина она возрастает в 2 раза, а

при сочетании с высоким АД увеличивается в 7 раз, при сочетании с нарушением уровня глюкозы, повышением содержания триглицеридов — в 15 раз. Риск повторного ИМ у людей, уже имевших ИМ в анамнезе, увеличивается в 5 раз. Когда же сочетаются ИМ и СД, риск возрастает в 15 раз [9].

СД — чрезвычайно опасное заболевание, распространенность которого в настоящее время приняла масштабы всемирной эпидемии. Так, по данным Международной диабетологической федерации, в 47 европейских странах проживает 52,8 млн человек, больных СД, в возрасте от 20 до 79 лет. В РФ насчитывается более 3,1 млн больных СД, из которых 2 822 634 — больные с СД 2-го типа. Однако данные контрольно-эпидемиологических исследований ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий в рамках федеральной программы «Сахарный диабет» показали, что реальная распространенность заболевания составляет около 9 млн человек. При этом распространенность СД 2-го типа увеличивается с возрастом и составляет 8% у лиц старше 60 лет. СД — колоссальный ФР смертности от сердечно-сосудистых осложнений [10]. Результаты исследования EuroHeart survey свидетельствуют, что среди лиц с острым ИМ у 60% выявлено нарушение углеводного обмена, а каждый 4-й пациент имел СД 2-го типа. На основании результатов эпидемиологических исследований установлено, что если в настоящее время СД является лишь одной из 10 главных причин смертности, то к 2010 г. СД 2-го типа и вызванные им осложнения, а также преждевременная смертность могут стать главной проблемой здравоохранения во всех регионах.

Ситуацию усугубляет и тот факт, что в 90% случаев СД 2-го типа сочетается с ожирением. Ожирение I степени увеличивает риск развития СД 2-го типа в 3 раза, II степени — в 5 раз и III степени — в 10 раз. По определению ВОЗ, эти две патологии отнесены к неинфекционным эпидемиям нашего времени в связи с их широкой распространенностью.

Существенна роль ФР и в развитии таких социально значимых заболеваний, как онкологические и туберкулез [11, 12].

Онкологическая патология, уступая по смертности лишь ССЗ, тем не менее неуклонно нарастает. В 2011 г. всего зарегистрировано 5 968 860 онкологических больных (4178,0 на 100 тыс. населения). Число больных с впервые установленным диагнозом онкологического заболевания составило 1258,1, годовая летальность — 27,4 на 100 тыс. насе-

ления [13]. Несмотря на развитие специализированных мощных онкоцентров, далеко зашедшие формы болезней (III—IV стадии) составляют большую часть — до 50% больных, в то время как начальные стадии выявляются лишь у 10—15% больных. Это обуславливает неуклонный рост доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (до 20,5%).

ВОЗ называет основные факторы риска развития злокачественных опухолей:

- Урбанизация.
- Ухудшение экологии.
- Нездоровый образ жизни, в частности нерациональное питание.

Достоверно известно, что избыточная масса тела и алиментарный фактор являются ФР развития рака молочной железы, желудка и кишечника. Именно эти локализации занимают сейчас в онкологии ведущие позиции. В исследовании, в котором участвовали мужчины-вегетарианцы, некурившие и не употреблявшие алкоголь, увеличение индекса массы тела сопровождалось повышением частоты общей смертности, ИБС, мозговых инсультов и онкологических заболеваний.

Не менее драматична **заболеваемость туберкулезом**. За последние 10 лет она по всем формам возросла в 2 раза. В 2011 г. [13] в России зарегистрировано 101 064 случая заболевания с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания (показатель заболеваемости 70,7 на 100 тыс. населения).

Значительное влияние на неблагоприятную эпидемиологическую обстановку по туберкулезу оказывают вынужденные переселенцы, рост числа лиц без определенного места жительства и освобожденные из исправительных учреждений, а также неудовлетворительный охват населения профилактическими осмотрами. Это привело к увеличению выявленных больных на поздней стадии, которые с трудом поддаются излечению.

В то же время уже накопились как эпидемиологические, так и лабораторные данные, свидетельствующие о том, что курение табака повышает риск развития туберкулеза. Удельный вес курильщиков среди больных туберкулезом составляет не менее 70—75%, а вероятность инфицирования им у курящих людей увеличивается в 2 раза. Когда же туберкулезный процесс уже развился, он значительно усугубляется в случае курения. Это связано с тем, что табак содержит много различных химических веществ, которые негативно воздействуют на легочную ткань. При курении у больного туберкулезом развивается резкий кашлевой синдром: он задыхается, не может остановить кашель и как следствие становится опасным источником инфекции для окружающих. Усугубляет ситуацию и то, что привычка к курению мешает проведению лечения.

Достаточно серьезной проблемой в настоящий момент является рост числа случаев сочетания у больных туберкулезом ВИЧ-инфекции и синдрома зависимости от наркотиков. Это создает предпосылки для более стремительного и прогностически неблагоприятного течения основного заболевания, что, в свою очередь, предопределяет рост показателя смертности в данных уязвимых группах, особенно в трудоспособном возрасте. Так, активный туберкулез в 2010 г. был

зарегистрирован у ВИЧ-инфицированных больных в 20 755 случаях, что в 3 раза выше чем в 2005 г.

Болезнь, вызванная ВИЧ, подобно пожару, охватила сейчас почти все континенты. За необычайно короткое время она стала проблемой номер один для ВОЗ и ООН, отеснив на 2-е место рак и ССЗ. Пожалуй, ни одна болезнь не задавала ученым такие серьезные загадки за столь незначительный срок. Война с ВИЧ ведется на планете с нарастающими усилиями, однако изменчивость этого вируса уникальна, что осложняет диагностику. По данным Федерального центра СПИДа, с 1987 г. — начала регистрации ВИЧ-инфекции в РФ — на 1 января 2011 г. выявлено 589 581 ВИЧ-инфицированных граждан. В 2011 г. было выявлено 67 317 новых случаев ВИЧ-инфекции [13]. Пораженность населения составляет 47,1 на 100 тыс. населения, 2,8% граждан из возрастной группы 24—34 года имеют статус ВИЧ-инфицированных. Резервуаром распространения эпидемии были и остаются потребители инъекционных наркотиков (ПИН), которые составляют 60% ВИЧ-инфицированных.

По данным Национального научного центра наркологии, в 2011 г. в РФ за наркологической помощью, которая по закону оказывается только в государственных учреждениях, обратились 3 020 838 больных, что составило 2114,5 на 100 тыс. населения. Из них синдром зависимости от наркотических веществ зарегистрирован у 339 320 больных (показатель заболеваемости 237,5 на 100 тыс. населения) [13]. При этом под диспансерное наблюдение с впервые установленным диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ взяты 21 937 больных (показатель заболеваемости 15,4 на 100 тыс. населения), из них 72% являются ПИН. Пораженность этой группы ВИЧ-инфекцией находится в пределах 14%. В среднем коэффициент скрытости составляет 1:4—1:5. Оценочная распространенность инъекционного потребления наркотиков среди населения РФ в среднем составляет 1,5%, что в перерасчете на все население РФ говорит о наличии 2,5 млн ПИН. При этом доля ПИН из числа граждан, обследованных на ВИЧ-инфекцию, составляет всего 1,1%, что свидетельствует о недостаточном доступе данной целевой группы к обследованию на ВИЧ.

Уязвимые к ВИЧ-инфекции и другим социально значимым заболеваниям группы ПИН были и остаются труднодоступными для проведения в них профилактических вмешательств. По данным национального доклада РФ о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД, в 2008—2009 гг. охват ПИН профилактическими программами составил всего лишь 13,6%. ПИН, с которыми не проводилась профилактическая работа, практикуют в 2/3 случаев рискованное поведение при половых контактах. По-прежнему страдает окружение ПИН: супруги, которым передается ВИЧ-инфекция; новорожденные, имеющие риск заразиться во время беременности и родов. В сложившейся напряженной эпидемиологической ситуации стратегически приоритетным является проведение профилактической работы именно в той группе, где сконцентрирована эпидемия. Игнорирование либо недостаточно активное проведение вторичной профилактики ВИЧ-инфекции непосредственно сре-

Таблица 3

Основные социально обусловленные заболевания у детей в возрасте 0—17 лет в РФ [13]

Заболевание	0—17 лет				В том числе: 0—14 лет				В том числе: 15—17 лет			
	2010 г.		2011 г.		2010 г.		2011 г.		2010 г.		2011 г.	
	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения
Сифилис	1853	7,1	1516	5,8	549	2,5	453	2,1	1304	28,8	1063	23,7
Гонококковая инфекция	1869	7,2	1641	6,2	218	1,0	186	0,8	1651	36,4	1455	32,5
Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя + синдром зависимости от алкоголя	521	2,0	419	1,6	39	0,2	28	0,1	482	10,6	391	8,7
Синдром зависимости от наркотических веществ	341	1,3	215	0,8	8	0,04	7	0,03	333	7,3	208	4,6
Синдром зависимости от ненаркотических веществ	488	1,9	339	1,3	176	0,8	125	0,6	312	6,9	214	4,8
Туберкулез (все формы)	4924	18,8	4928	18,8	3263	15,1	3545	16,3	1661	36,6	1383	30,8

ди ПИН приведет к дальнейшему распространению эпидемии среди остальных слоев населения.

Значимую проблему для медицинской науки и практического здравоохранения, приобретающую все более острый эпидемиологический характер, представляют **вирусные гепатиты**. Широкая распространенность по всему миру включила гепатит в список наиболее опасных социально значимых заболеваний. Гепатиты А и Е возникают в основном из-за несоблюдения личной гигиены, тогда как заражение вирусами В, С, D, G происходит через контакт с инфицированной кровью при инъекциях нестерильными шприцами путем использования одной иглы в среде наркоманов, при половом контакте с зараженным партнером, от больной гепатитом матери плоду (вертикальное заражение). Вследствие широкой распространенности и разрушительного воздействия на организм человека наибольшую опасность для здоровья представляют вирусы гепатитов В и С. По данным ВОЗ, вирусным гепатитом в мире ежегодно заболевают примерно 20 млн человек и при отсутствии лечения около 10% из них становятся хронически больными. В 2011 г. показатель заболеваемости вирусным гепатитом в России составлял 508,2 на 100 тыс. населения [13]. ФР, способствующие развитию хронического гепатита, — это ослабленная иммунная система, нарушения обмена веществ, неправильное питание, алкоголизм и др.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП). На сегодняшний день заболеваемость ИППП неуклонно возрастает. В 2011 г. показатель заболеваемости сифилисом и гонореей составлял соответственно 37,6 и 38,2 на 100 тыс. населения [13]. Наблюдается тенденция к сочетанию разных форм заболеваний, вызываемых одновременно несколькими возбудителями (гонорея, сифилис, генитальный герпес, генитальный бактериальный вагиноз и др).

Социальная значимость заболеваний, передаваемых половым путем, заключается прежде всего в том, что при необращении инфицированного лица за медицинской помощью, а также при недостаточном объеме проведенного обследования и лечения эти заболевания могут привести к расстройству сексуальной функции, хронически протекающему воспалению репродуктивных органов и бесплодию, что крайне неблагоприятно

сказывается на демографической ситуации. Чтобы предотвратить усугубление эпидемиологической ситуации, обществу необходимо осознать всю ее серьезность и располагать достоверной медицинской информацией об этих заболеваниях. Соблюдение правил личной гигиены и разумное поведение в половой жизни позволяют активно проводить профилактику ИППП.

Психические расстройства и расстройства поведения. Серьезную угрозу социальному благополучию людей представляют психические расстройства. Сегодня ВОЗ отмечает тенденцию роста числа психических заболеваний в обществе. Около четверти населения как в развитых, так и в развивающихся странах страдают от тех или иных психических расстройств в различные периоды жизни. В настоящий момент в мире насчитывается 120 млн человек с депрессией, 37 млн с болезнью Альцгеймера. Около 50 млн страдают эпилепсией, а 24 млн — шизофренией. В России в 2011 г. в психоневрологические учреждения обратились 4 135 116 человек с психическими расстройствами (показатель заболеваемости 2894,4 на 100 тыс. населения). Число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства составило 70 263 человек, показатель заболеваемости — 49,2 на 100 тыс. населения [13]. Продолжается рост числа инвалидов вследствие психических заболеваний, среди которых свыше половины — лица трудоспособного возраста. Согласно медицинской статистике, с 90-х годов РФ входит в пятерку стран с наиболее высоким числом самоубийств.

Высокий уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами, особенно пограничной патологией, регистрируется в подростковом возрасте, когда отмечается действие двух естественных, но не однозначных процессов: интенсивной социализации личности и активной физиологической перестройки организма. Так, в частности, серьезной проблемой подросткового возраста является недостаточная социальная адаптация, проявляющаяся прежде всего в высокой частоте нарушений поведения — от повышенной конфликтности до поведения, определяющим компонентом которого является совершение противоправных действий.

Состояние здоровья и медико-социальные проблемы современных детей и подростков представ-

ляют собой особую проблему современного российского общества. Социально значимые заболевания в детско-подростковом периоде, безусловно, не могут не отразиться на уровне здоровья и инвалидизации населения в последующих возрастных периодах. Вполне ожидаемым становится прогноз дальнейшего снижения качества воспроизводства последующих поколений россиян. Показатели здоровья детей и подростков, отражая реальную картину уровня жизни популяции в целом, существенным образом зависят от социально-гигиенической характеристики семьи, образа жизни данной группы населения, поведения окружающих граждан [14]. Приведенные в табл. 3 показатели заболеваемости свидетельствуют, что дети и подростки относятся к контингенту высокого медико-социального риска.

Программы диспансеризации населения

Проблема ранней выявляемости социально значимых заболеваний стоит очень остро и является одной из приоритетных для практической и научной медицинской общественности.

Раннее выявление социально значимых заболеваний и ФР их развития — главная задача получающих все большее распространение целевых программ диспансеризации, а также дополнительной диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье». Основными исполнителями этих программ являются врачи первичного звена медицинской помощи, на которых ложится ответственная нагрузка: первый контакт с пациентом, раннее выявление заболеваний, профилактика, активное ведение больных:

I. Диспансеризация детей и подростков имеет своей целью регулярное наблюдение за здоровьем данных контингентов населения с проведением профилактических мероприятий, обеспечивающих оптимальное развитие и предупреждение заболеваний.

II. Целевые программы по раннему выявлению ССЗ у лиц 35—55 лет и Целевая программа по раннему выявлению заболеваний у подростков в кабинете доврачебного контроля, где проводится:

- 1) измерение артериального давления;
- 2) определение уровня глюкозы крови, холестерина;
- 3) выявление нарушений сердечного ритма (ЭКГ по показаниям);
- 4) определение роста, массы тела и индекса массы тела;
- 5) опрос на выявление факторов риска:

- табакокурения;
- употребление алкоголя;
- низкой физической активности — гиподинамии.

III. Целевые программы по онкопоиску у населения:

- заболеваний молочной железы;
- заболеваний шейки матки;
- заболеваний предстательной железы.

IV. Целевая программа по раннему выявлению туберкулеза и опухолевых заболеваний легких.

Формирование здорового образа жизни

Успешная профилактика социально значимых заболеваний невозможна без широкого проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни [1, 3, 4, 6, 9].

Можно выделить следующие основные направления в деятельности по формированию здорового образа жизни:

1. Повышение уровня знаний населения о негативном влиянии ФР на здоровье — текущая повседневная информация, лекции, беседы, занятия в школе для больных с АГ.

2. Обучение здоровью:

- Создание мотивации для ведения здорового образа жизни.
- Формирование навыков укрепления здоровья: личная гигиена, рациональное питание; оптимальное сочетание работы и отдыха; двигательная активность; закаливание; отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков).

3. «Принуждение к здоровью» — проведение профилактических осмотров — диспансеризации — ежегодно, профилактических прививок (против краснухи, гепатита В, гриппа). Крайне важным представляется вопрос доступности профилактических программ, особенно вопрос «приближения профилактических программ» к работающему контингенту населения.

Великий русский физиолог И.И. Мечников отмечал: «Смерть раньше 150 лет — насильственная смерть!»

Согласно Совместным рекомендациям европейских обществ [6] по кардиоваскулярной профилактике в клинической практике, люди, сохраняющие здоровье, имеют ряд определенных характеристик, составляющих формулу здорового образа жизни:

0 3 5 140 5 3 0

1 — не курят

3 — ходят по 3 км в день или занимаются умеренной физической нагрузкой по 30 мин в день

5 — употребляют 5 порций овощей и фруктов в день

140 — имеют уровень систолического АД < 140 мм рт. ст.

5 — имеют уровень общего холестерина крови < 5 ммоль/л

3 — имеют уровень ХС ЛПНП < 3 ммоль/л

0 — не страдают избыточной массой тела и диабетом.

Формула здорового образа жизни — это рациональный образ жизни, неотъемлемой чертой которого является активная деятельность, направленная на сохранение и улучшение здоровья. Активный образ жизни является основой профилактики, а его формирование — важнейшей задачей социальной политики государства в деле охраны и укрепления здоровья народа и нации.

Заключение

Профилактика может и должна пронизывать любой вид деятельности в области медицины. В этом смысле медицинская активность лечебно-профилактических учреждений первичного звена со знаком «+» — это широкое проведение профилактических, диагностических, лечебных и просветительских программ среди населения.

Результаты проведенного анализа реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и программ модернизации здравоохранения, обобщение положительного опыта, накопленного за время реализации этих крупномасштабных проектов, явились основой для формирования мероприятий, направленных на борьбу с социально значимыми заболеваниями. **Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г. утверждена «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации».** Программа отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи, повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли». Программа включает всего 11 подпрограмм, среди которых «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения», «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям» и др. Непосредственными результатами реализации государственной программы будет являться в 2020 г.:

— снижение смертности от всех причин (на 1000 населения) до 11,4;

— снижение материнской смертности (случаев на 100 тыс. родившихся живыми) до 15,5, младенческой смертности (случаев на 1000 родившихся живыми) — до 6,4;

— снижение смертности от ССЗ (на 100 тыс. населения) до 622,4;

— снижение смертности от новообразований (на 100 тыс. населения) до 190;

— снижение смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения) до 11,2 в 2020 г.;

— снижение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения) до 35;

— снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 25%, в том числе среди детей и подростков до 15%;

— снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь; литров на душу населения в год) до 10;

— увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения) до 44,8, при достижении соотношения врачей и среднего медицинского персонала до 1:3;

— увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 года.

Усиление профилактического компонента здравоохранения и активное информирование общества о реализуемых программах оздоровления населения является перспективным инструментом реализации социально значимой стратегии в области здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 № 1472 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2012 годы). М.: 2012.

2. World Health Organisation, World Bank. World Report on Disability. Geneva. WHO; 2011.
3. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2002: 44—68.
4. *Оганов Р.Г.*, ред. Национальные клинические рекомендации: Сборник. 2-е изд. М.: Издательство «Силицея-Полиграф»; 2009.
5. *Оганов Р.Г., Тимофеева Т.Н., Колтунов И.Е.* и др. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003—2010 гг. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (1): 8—12.
6. European Society of Cardiology. CVD Prevention in clinical practice (European Guidelines on). 2007.
7. Заболеваемость всего населения России в 2011 г. (Статистические материалы). Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава. М.; 2012; ч. 1, 3, 5.
8. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* et al., eds. On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Economic consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. WHO; 2007: 89.
9. *Дедов И.И., Шестакова М.В.* Сахарный диабет и артериальная гипертония. М.: Издательство МИА; 2006: 320—9.
10. *Radermecker R.P., Philips J.C., Jandrain B., Paquot N., Scheen A.J.* Blood glucose control and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. Results of ACCORD, ADVANCE and VA—Diabetes trials. Rev. Med. Liege. 2008; 63 (7—8): 511—8.
11. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ; 2010.
12. *Мариничева Г.Н., Лучкевич В.С., Григорьева Н.О.* Изучение особенностей социально-гигиенического функционирования и факторов риска, влияющих на здоровье и качество жизни населения. Фундаментальные исследования. 2011; 12: 794—802.
13. Социально значимые заболевания населения России в 2011 году. (Статистические материалы). Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава. М.; 2012.
14. *Калабиков И.Г.* Российские реформы в цифрах и фактах (справочное издание). М.: РУСАКИ; 2007.

REFERENCES

1. Russian Federation Government Resolution 28.12.2012 № 1472 «On Amendments to the Federal Target Program» Prevention and Control of Social Diseases (2007—2012). М.; 2012 (in Russian).
2. World Health Organisation, World Bank. World Report on Disability. Geneva. WHO; 2011.
3. *Lisitsyn Y.P.* Public health and health care: A Textbook. Moscow: GEOTAR-MED; 2002: 44—68 (in Russian).
4. *Oganov R.G.*, ed. National treatment guidelines. Collection. 2nd edition. Moscow: Publishing house «Silicea-Polygraph»; 2009 (in Russian).
5. *Oganov R.G., Timofeeva T.N., Koltun I.E.* et al. Epidemiology of arterial hypertension in Russia. The results of federal monitoring of 2003—2010. Cardiovascular therapy and prevention. 2011; 10 (1): 8—12 (in Russian).
6. European Society of Cardiology. CVD Prevention in clinical practice (European Guidelines on). 2007.
7. Morbidity of the Russian population in 2011 (Statistical materials). The Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Analysis, Forecasting, health care and medical science, FSI «Central Research Institute for Public Health,» Health Ministry. М.; 2012; parts 1, 3, 5 (in Russian).
8. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* et al. (eds.) On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Economic

- consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. WHO; 2007; 89.
9. Dedov I.I., Shestakova M.V. Diabetes and hypertension. Moscow. Outof MIA; 2006: 320—9 (in Russian).
 10. Radermecker R.P., Philips J.C., Jandrain B., Paquot N., Scheen A.J. Blood glucose control and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. Results of ACCORD, ADVANCE and VA—Diabetes trials. Rev. Med. Liege. 2008; 63 (7—8): 511—8.
 11. Health report in Europe, 2009 Health and health systems. Copenhagen: WHO Europe. 2010 (in Russian).
 12. Marinicheva G.N., Luchkevich V.S., Grigoryeva N.O. Study of specific features in health and social behavior and risk factors having an impact on population health and life quality. *Fundamentalnyye issledovaniya*. 2011; 12: 794—802 (in Russian).
 13. Socially significant diseases of the Russian population in 2011 (Statistical materials). The Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Analysis, Forecasting, health care and medical science, FSI «Central Research Institute for Public Health» Health Ministry. M.; 2012 (in Russian).
 14. Kalabekov I.G. Russian reforms in facts and figures (reference guide). M.: Rusak; 2007 (in Russian).

Поступила 15.04.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616-057.875:312.6(470+571)«2011»

О.В. Гончарова^{1,2}, Е.Е. Ачкасов¹, Т.А. Соколовская², С.В. Штейнердт¹,
О.В. Горшков²

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ 2011 г.

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва; ²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

Представлен анализ состояния здоровья студентов (16—18 лет) высших учебных заведений по результатам их диспансеризации в 2011 г. в разных субъектах Российской Федерации. Выявлены существенные региональные различия в здоровье студентов, связанные в большей степени со здоровьесберегающим поведением молодежи и в меньшей степени с климатогеографическими особенностями регионов и уровнем медицинской помощи. Полученные данные свидетельствуют о необходимости усиления врачебного контроля за состоянием здоровья студентов, разработки и внедрения программы, здоровьесберегающих технологий в вузе, повышения вовлеченности молодежи в занятия физической культурой и спортом, пропаганды здорового образа жизни.

Ключевые слова: студенты, диспансеризация, заболеваемость, субъекты Российской Федерации, здоровье, здоровьесберегающие технологии, физическая культура и спорт, здоровый образ жизни.

THE HEALTH STATUS OF UNIVERSITY STUDENTS OF THE RUSSIAN FEDERATION ACCORDING TO THE DISPENSARY SURVEY IN 2011

O.V. Goncharova^{1,2}, E.E. Achkasov¹, T.A. Sokolovskaya², S.V. Shteynerdt¹, O.V. Gorshkov²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation; ²Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, 127254, Moscow, Russian Federation

This article is analyzing the results of health examinations among Russian students (aged 17-18 years) in different federal regions of Russian Federation in 2011. It was found that there is a major difference in health status among students in different regions of Russia. These differences are more due to health behaviors, than to climatic and geographical conditions of the regions or to provided health care service. These results shows the need for improvement of medical examination of students, development and implementation of health promotion programs in universities, promotion of a healthy, active lifestyle among the youth.

Key words: students, physical examination, incidence, federal regions of Russian Federation, health, physical education and sport, health promotion programs, healthy lifestyle.

Одной из важнейших социальных задач общества традиционно считается укрепление здоровья студентов высших учебных заведений, заболеваемость сре-

ди которых остается на высоком уровне, что связано с низкими адаптационно-приспособительными реакциями на фоне постоянного стресса, характерными для данного возраста, снижением иммунного статуса и общей резистентности организма к патогенным агентам [1], низкой мотивацией молодежи на здоровьесберегающее поведение [2, 3].

Цель исследования — провести анализ состояния здоровья студентов (16—18 лет) по результатам диспансеризации в 2011 г. в Российской Федерации.

Для корреспонденции:

Гончарова Ольга Викторовна — д-р мед. наук, проф. каф. лечебной физкультуры и спортивной медицины лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, зав. отделением охраны здоровья матери и ребенка ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ; e-mail: med-info@mail.ru.