

## **Становление подростковой медицины за рубежом**

Родиной подростковой медицины можно считать Великобританию. Первая попытка организовать охрану здоровья подростков в школах была предпринята еще в 1884 г. школьной ассоциацией медицинских работников Англии. Однако в последующие годы прогрессивный опыт европейских стран был утрачен. Сегодня наибольшие традиции развития подростковой медицины имеют США, Канада и Австралия. В европейских странах и в России оказание медико-социальной помощи подросткам пытаются интегрировать в традиционную педиатрию.

Однако уже во всем мире крепнет понимание необходимости подростковой медицины как самостоятельного раздела организационно-методической, научной и практической деятельности. Значительный вклад в продвижении данной идеи вносит Международная ассоциация здоровья подростков — International Association for Adolescent Health (IAAH). Это профессиональное сообщество было организовано в 1989 году и сегодня объединяет представителей более 50 стран и 20 национальных и региональных организаций. В значительной степени образование ассоциации было стимулировано принятием Конвенции ООН о правах ребенка.

IAAH — мультидисциплинарная неправительственная организация, охватывающая широкий спектр деятельности, связанной со здоровьем молодежи:

- распространение глубокого понимания важности здоровья молодежи во всем мире;
- поощрение взаимодействия и сотрудничества между молодежными и иными организациями, между организациями и отдельными людьми, занимающимися здоровьем молодежи;
- региональные мероприятия в системе непрерывного профессионального образования;
- руководство и поддержка в развитии национальных ассоциаций здоровья подростков/юношества.

## **Развитие подростковой медицины в Северной Америке**

В первые десятилетия XX века американским педиатрам стала ясна необходимость изменения отношения к подросткам. Были выдвинуты две стратегии. Одна — подростковая медицина необходима как самостоятельная специальность, другая — ее развитие в рамках педиатрии с изменением взгляда на педиатрию в целом. Специалисты стали склоняться к первой стратегии, так как быстро меняющаяся ситуация с медицинскими и социальными проблемами подростков не могла быть разрешена только педиатрами в силу ряда причин:

- особые потребности подростков в разрешении их соматических, психологических, социальных проблем и задач пубертатного развития;
- быстрый рост подростковой популяции в США и Канаде,

- изменение социальных условий, включая движение женщин за равноправие;
- необходимость учить родителей общению с подростками и разрабатывать новые концепции пубертатного развития,
- появление новых психотропных средств, гормональных контрацептивов, методов лечения хронических заболеваний и гинекологических диагностических технологий;
- возросшая заболеваемость и смертность подростков.

В 1938 г. Американская академия педиатрии ввела термин «подростковый период» и обратила внимание на важность медицинских аспектов этой возрастной группы для педиатрической практики. В 1941 г. состоялся первый симпозиум по подростковым проблемам, организованный Американской педиатрической академией.

В 1952 г. доктор J. Roswell Gallagher организовал первую клинику для подростков в детском госпитале Бостона (Массачусетс). Это событие оказалось знаковым. Уже в 1953 г. редакционная статья в *New England Journal of Medicine* “Appraisal of the adolescent” констатировала рождение новой области медицины — подростковой медицины. В статье отмечалось, что педиатры слишком увлечены новорожденными, специалисты по внутренним болезням — лечением заболеваний у взрослых, а переходный период от мальчиков к мужчинам, и от девочек к женщинам оставался вне поля зрения.

С 1967 г. федеральное правительство признало необходимость специальной подготовки врачей по подростковой медицине в резидентуре (аналог клинической ординатуры в России). В 1968 г. было образовано Общество подростковой медицины. Стали появляться другие организации и комитеты, нацеленные на решение проблем здоровья и поддержку подростков.

С этого времени появилась необходимость сертификации субспециальности «подростковая медицина». Для Комитета по медицинским специальностям был подготовлен пакет документов, обосновывавших необходимость новой специальности. Аргументами были:

- Научные данные, подтверждающие уникальность природы медицинских проблем подростков. Это подтвердили медицинские журналы, непосредственно посвященные медицинским проблемам подростков и широко известные медицинские руководства, содержащие разделы по здоровью подростков. Общество подростковой медицины с 1980 г. стало издавать *Journal of Adolescent Health Care* (с 1990 г. — *Journal of Adolescent Health*) — наиболее компетентный журнал в этой области.
- Наличие группы специалистов, преимущественно занимающихся здоровьем этой возрастной группы.
- Наличие профессиональных сообществ по проблемам подростков.

- Наличие программы подготовки резидентов по подростковой медицине.

Многие аспекты здоровья подростков включены в практику интернистов, педиатров и семейных врачей. В 1972 г. Американская академия педиатрии признала абсолютную ответственность педиатров за здоровье подростков до возраста 21 год. Однако изменения социального статуса подростков, подростковой субкультуры и проблемы рискованного поведения требуют появления самостоятельной субспециальности с интегральным подходом к здоровью подростков.

Окончательное оформление подростковой медицины как междисциплинарного направления произошло в 1978 г. С этого времени проводится сертификация специальности, аккредитация обучающих программ, разрабатываются обучающие программы. В 1979 г. Американская педиатрическая академия организовала секцию здоровья подростков, обеспечивающую непрерывное обучение практических педиатров подростковой медицине.

Субспециальность «Подростковая медицина» относится к первичной медицинской помощи. Она нацелена на медицинскую помощь подросткам и включает аспекты психиатрии, эндокринологии, спортивной медицины, питания и гинекологии. В поле зрения подростковой медицины находятся такие проблемы как ИППП, наркомания, нарушения менструального цикла, нежелательная беременность, контрацепция, нарушения питания, права подростка как пациента (проблема конфиденциальности). Это — комплексная специальность, обеспечивающая целостный подход к подростку.

Специалисты по подростковой медицине рекрутируются из специальностей педиатрия, внутренние болезни и семейная медицина. Чтобы стать таким специалистом, необходимо обучение в течение семи или более лет в медицинской школе университета, затем необходимо пройти последипломную подготовку и далее сертификацию по внутренним болезням, семейной медицине или педиатрии. Только после этого можно получить подготовку длительностью от 1 года до 3 лет и сертификацию по субспециальности «подростковая медицина».

С 1994 г. американские комитеты по педиатрии и внутренним болезням начали прием сертификационных экзаменов по субспециальности «Подростковая медицина» у педиатров и интернистов. Из 381 педиатров и 77 интернистов экзамен выдержал 381 врач. В последующие годы сертификация проводится 1 раз в два года. С 2000 г. возможность стать специалистом по подростковой медицине появилась и у врачей общей практики.

Появление новой специальности потребовало сертификации и образовательных программ для стажеров и резидентов. Из 39 программ, разработанных в США и Канаде к 1996 г., Комитет по аккредитации медицинских программ одобрил 26 ныне существующих.

Знаковым событием можно считать рассмотрение вопросов здоровья подростков и системы охраны их здоровья в Конгрессе США в 1991 г.

Следствием этого стало появление руководства по клиническим профилактическим службам для подростков.

Специалисты с оптимизмом смотрят в будущее подростковой медицины. В ближайшее десятилетие планируется внедрять в клиническую практику новые достижения в нейробиологии и вакцинопрофилактике. На здоровье подростков будут влиять применение вакцин для профилактики герпеса, папилломовирусной инфекции и ВИЧ-инфекции. Большая проблема — внимание к хроническим социально значимым заболеваниям у подростков (ожирение, диабет, артериальная гипертензия и бронхиальная астма). Необходимо будет учитывать появление новых прав подростков в отношении повышения их самостоятельности и конфиденциальности. Развитие и изменение содержания подростковой медицины также будет определяться устойчивым финансированием медицинской помощи, обучающих программ и научных исследований.

### **Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков**

В последнее десятилетие европейское сообщество стало рассматривать охрану здоровья детей и подростков в качестве одной из наиболее приоритетных задач. Этой проблеме было посвящено состоявшееся в марте 2002 г. в Стокгольме Глобальное консультативное совещание по охране здоровья и развитию детей и подростков. В дальнейшем Европейское бюро ВОЗ и Конфедерация европейских специалистов в педиатрии/Европейская педиатрическая академия объединили усилия по разработке планов своих действий.

Необходимость разработки совместной стратегии была обусловлена политическими, экономическими и медико-социальными предпосылками.

**1. Политические предпосылки.** Обществу необходимо выполнять моральные и юридические обязательства по защите и соблюдению прав детей и подростков, закрепленные в Конвенции о правах ребенка. Выполнение этих обязательств позволит в будущем создать более здоровое общество, что будет иметь благоприятные последствия для общества в целом, местных сообществ и отдельных людей.

**2. Экономические предпосылки.** Дети и подростки — это наши инвестиции в общество будущего. От их здоровья и от того, каким образом мы обеспечиваем их рост и развитие, включая период отрочества, до достижения ими зрелого возраста, будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в странах Европейского региона в последующие десятилетия. Хорошее состояние здоровья, начиная с периода внутриутробного развития до подросткового возраста, служит одним из источников социального и экономического развития.

Особо значимым представляется здоровье и социальное благополучие подростков, так как именно они являются ближайшим экономическим и политическим потенциалом общества. Вместе с тем общеевропейская демографическая тенденция состоит в постоянном уменьшении числа детей и

подростков и увеличении популяции лиц зрелого возраста (табл. 1). Это может ухудшить экономическое положение стран европейского региона. В такой ситуации здоровье каждого подростка заслуживает пристального внимания.

### 3. Медико-социальные предпосылки:

- изменившийся уровень и структура заболеваемости детей и подростков Западной Европы;
- более активное включение педиатров в оказание медицинской помощи подросткам;
- ухудшение показателей здоровья подростков региона в целом в связи с включением стран бывшего СССР в зону ответственности Европейского бюро ВОЗ.

Таблица 1

#### Динамика удельного веса детей и людей зрелого возраста в Европе (2002–2025 гг.)

Страна	Дети и подростки до 14 лет, %		Лица старше 65 лет, %	
	2002	2015	2002	2015
Австрия	16,2	12,4	16,0	19,5
Дания	18,6	16,3	14,9	19,2
Германия	14,9	13,2	17,3	20,8
Россия	16,3	13,7	13,2	14,3
Швеция	17,5	15,7	17,5	21,4
Швейцария	16,6	12,6	15,6	22,0
Великобритания	18,2	15,9	16,0	17,8

**Состояние здоровья детей и подростков в Европе.** Сегодня между 52 странами региона сохраняются очень значительные различия в отношении состояния здоровья и доступности служб здравоохранения. Среди 15-летних подростков от 8 до 32 % юношей и от 13 до 63 % девушек считают свое здоровье слабым. Наиболее плохо оценивают свое здоровье подростки России, Украины, Латвии и Литвы. В России число таких подростков в 3 раза больше, чем в Швейцарии.

Самая высокая смертность детей и подростков в возрасте от 1 года до 19 лет (в расчете на 100 тыс.) зарегистрирована в России (75,7) и в республиках Центральной Азии. Наиболее благоприятная ситуация отмечена в Швеции, где смертность детей и подростков составляет 17,3 (в 4 раза ниже, чем в России).

Наиболее значимыми факторами риска для здоровья в Европейском регионе в настоящее время стали: курение, высокий индекс массы тела, повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, алкоголь, низкая физическая активность, недостаточное потребление фруктов и овощей, дефицит железа, незащищенный секс, употребление наркотиков, загрязнение окружающей среды свинцом.

По данным Европейского бюро ВОЗ, общей тенденцией для детей и подростков всех стран стала нарастающая распространенность ВИЧ-инфекции и СПИДа, избыточной массы тела, психосоциальных и психических расстройств.

В целом, наиболее высокий уровень здоровья по показателю DALY (на 100 детей в возрасте от рождения до 14 лет) имеют дети в Финляндии, Швеции и Швейцарии (1,3–3,6), самый низкий — в Таджикистане и Киргизии (40–42). В России этот показатель составляет 7,8 при среднеевропейском — 11,8.

Европейское педиатрическое сообщество выделило **7 приоритетов своей деятельности**.

**1. Здоровье матери и новорожденного.** Здоровье и развитие ребенка неразрывно связаны со здоровьем матери, состоянием ее питания и помощью в отношении репродуктивного здоровья, которую она получает. В целом, западноевропейским странам удалось добиться действительно низких уровней младенческой смертности, хотя между отдельными социальными группами внутри стран по-прежнему сохраняется заметное неравенство.

Согласно данным последнего времени, в 6 странах региона, как и в предшествующем периоде, показатели младенческой смертности превышают 20 на 1000 живорожденных, при этом в 30 странах регистрируемые показатели ниже 10 на 1000. Главными причинами младенческой смерти являются перинатальные состояния, среди которых нежеланная и подростковая беременность относится к числу наиболее опасных факторов риска как в Восточной, так и в Западной Европе.

Показатели передачи ВИЧ от матери ребенку резко возросли в Центральной и Восточной Европе и в республиках Центральной Азии. Так, например, на Украине показатель ВИЧ-инфицированности среди беременных женщин вырос с 0,005 на 10 тыс. в 1996 г. до 17 на 10 тыс. в 2000 г. ВИЧ не признает национальных границ, и распространение этой инфекции может оказать неблагоприятное воздействие на все страны Европы.

**2. Питание.** Нездоровый рацион питания вызывает все большую озабоченность почти во всех европейских странах. Он может приводить к ожирению детей школьного возраста и увеличивать риск развития сердечно-сосудистых и других системных заболеваний на последующих этапах жизни. Нарастающая эпидемия ожирения как один из факторов риска для здоровья, вызывает все большую озабоченность во многих европейских странах. Избыточная масса тела отмечена у 3–35% детей в возрасте 11–15 лет в различных странах Европы. Наибольшее число таких детей проживает на Мальте и в Великобритании.

**3. Инфекционные болезни.** Острые респираторные инфекции, диарея и туберкулез в большинстве случаев относятся к предупреждаемым и устранимым причинам смертности и заболеваемости в детском возрасте.

Во многих европейских странах возрастает количество случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Озабоченность вызывает также возрастающее количество случаев и распространенность ВИЧ.

Согласно оценкам, в настоящее время 1,56 миллиона из всех жителей Европейского региона — люди, болеющие ВИЧ/СПИДом. В некоторых регионах Европы, включая Россию, темпы развития эпидемии ВИЧ-инфекции — самые высокие в мире.

**4. Травмы и насилие.** Травматизм в детском и подростковом возрасте связан с высоким риском долгосрочных последствий физического характера, а также психосоциальной травмы. Особенно высоко бремя дорожно-транспортного травматизма и бытового насилия, однако слишком мало делается для их эффективного предупреждения и реабилитации пострадавших.

Свыше 40% детей в возрасте от 1 до 15 лет обращаются ежегодно за медицинской помощью по поводу травм. Травматизм составляет основную причину смертности детей старшего возраста.

**5. Физическая окружающая среда.** Дети особо уязвимы и более предрасположены к воздействию таких факторов как отсутствие адекватного снабжения чистой водой и санитарно-гигиенических условий, загрязнение воздуха внутри и вне помещений, а также ряда других химических и физических факторов. Необходимы конкретные меры, направленные на решение проблем здравоохранения, связанных с травматизмом, табачным дымом в окружающей среде, бронхиальной астмой и возникающими угрозами.

Распространенность бронхиальной астмы чрезвычайно высока в странах Западной Европы. Так удельный вес подростков в возрасте 13–14 лет с жалобами на соответствующую симптоматику за последние 12 месяцев, максимален в Великобритании и Ирландии (29,0–32,2%) и минимален в России (4,4%), Грузии, Албании и Греции (2,6–3,6%).

**6. Здоровье подростков.** Подростки все еще нередко являются проблемной группой населения. Подростковый возраст характеризуется формами поведения, которые носят исследовательский, но при этом иногда рискованный характер. От 60 до 70% молодежи имели первый опыт курения до достижения 15 лет. Каждая четвертая смерть подростков связана с алкоголем, а в целом по Европе ежегодно в результате употребления алкоголя умирает примерно 55 тыс. подростков.

По-видимому, возрастная планка экспериментирования с алкоголем снижается. Свыше половины 11-летних детей в большинстве стран сообщают, что уже пробовали спиртные напитки. Хотя между странами и наблюдаются существенные различия в величине этого показателя, обнаружить какую-либо четкую субрегиональную или географическую тенденцию не удастся. К 13 годам жизни число пробовавших алкоголь мальчиков выше, чем девочек, однако к 15 годам это различие практически стирается. Большую обеспокоенность вызывают показатели алкогольной интоксикации. Так, до 67 % 15-летних подростков сообщали, что они были пьяными, по крайней мере, два раза.

**7. Психосоциальное развитие и психическое здоровье.** Внимание к проблемам здоровья традиционно фокусируется на проблемах физического

здоровья, несмотря на ясные признаки того, что возрастает количество случаев нарушения здоровья психосоциального и психического характера. В настоящее время от 10% до 20% детей и подростков страдают от одной или нескольких психических или поведенческих проблем.

Проблемы психического здоровья в подростковом возрасте нередко связаны с проявлениями агрессии, насилием или нанесением самоповреждений. Самоубийства ежегодно уносят многие тысячи жизней и нередко обусловлены депрессией. Депрессивные состояния у молодых людей часто связаны с низкой успеваемостью, антисоциальным поведением, злоупотреблением алкоголем или наркотиками, а также с серьезными нарушениями питания.

Сложившаяся ситуация потребовала неотложных мер для разработки совместной стратегии охраны здоровья детей и подростков Европейского региона. Такая стратегия была сформулирована Европейским бюро ВОЗ при поддержке европейских профессиональных педиатрических сообществ.

Стратегия состоит из двух направлений: меры по улучшению здоровья, и повышение квалификации врачей, участвующих в оказании медицинской помощи детям и подросткам.

Руководящие принципы **Европейской стратегии «Здоровье и развитие детей и подростков» (EUR/05/5048378)** включают:

**1. Подход с точки зрения полного жизненного цикла.** Стратегии и программы должны быть ориентированы на решение проблем, связанных со здоровьем на каждом этапе развития человека — от дородового периода до подросткового возраста. При подходе к проблемам детского и подросткового возраста с точки зрения полного жизненного цикла признается наличие связи между поколениями, проявляющейся, когда молодые люди сами становятся родителями.

**2. Обеспечение справедливости.** При оценке состояния здоровья населения, выработке политики и планировании деятельности по оказанию услуг следует принимать во внимание потребности наименее обеспеченных групп населения. Самая высокая удовлетворенность жизнью отмечена у детей и подростков в Финляндии (89,3%) и в Нидерландах (92,5%). Менее всего бедных детей в Финляндии, Дании и Норвегии. Удивительно, но в ряде развитых европейских стран число детей в бедных и имеющих низкий экономический статус семьях достаточно велико. Лидерство держат Италия (16,6%), Португалия (15,6%) и Великобритания (15,4%).

**3. Межсекторные действия.** При разработке стратегий и планов улучшения состояния здоровья детей и подростков следует применять межсекторный подход к решению проблем общественного здравоохранения с учетом основных детерминант здоровья. Это объясняется долгосрочными экономическими преимуществами от инвестирования в здоровье молодежи. Нередко дивиденды в отношении здоровья становятся очевидными лишь спустя несколько лет постоянных инвестиций.

Общепризнано, что здоровье и развитие детей и подростков определяются множеством факторов. Хотя сектор здравоохранения должен

играть важнейшую роль в укреплении здоровья, профилактике и оказании помощи, деятельность других секторов, — образования, социального обеспечения и финансов, а также многих других, — оказывает значительное влияние на основные детерминанты здоровья. Улучшение и поддержание здоровья детей и подростков требует усилий многих секторов. Сектор здравоохранения должен выполнять координирующую роль в стимулировании деятельности всех других секторов.

Большим потенциалом обладает также сектор добровольных и общественных организаций. Такие организации обеспечивают поддержку молодых людей от дошкольного до старшего подросткового возраста и их родителей. Молодежные группы и организации, а также спортивные клубы представляют собой ресурсы, обеспечивающие здоровье и развитие молодых людей.

**4. Совместная деятельность.** Широкая общественность и молодежь должны быть вовлечены в планирование, осуществление и мониторинг стратегий и деятельности по предоставлению медико-социальных услуг. Дети и подростки являются гражданами и должны принимать активное участие в планировании и мониторинге любой национальной стратегии, целью которой является улучшение их здоровья. Молодые люди — лучшие эксперты в отношении проблем своих сверстников.

Подростки проявляют искренний интерес к вопросам, связанным с их здоровьем и благополучием. В соответствии с Конвенцией о правах ребенка дети также имеют право голоса при принятии решений, оказывающих влияние на их здоровье. Опыт показывает, что участие детей и подростков имеет важнейшее значение для успешной разработки и реализации стратегии, политики и служб, ориентированных за эту группу населения. Подростки являются экспертами по молодежной культуре, и в этом качестве они способны помочь в разработке и осуществлении деятельности служб, ориентированных на молодежь.

**Основной подход, предлагаемый европейской стратегией охраны здоровья детей и подростков,** состоит в разработке мер воздействия, проводимых на протяжении всего жизненного цикла. Выделено пять таких циклов.

1. Период жизни до рождения и во время родов.
2. Первый год жизни: здоровый рост и развитие в наиболее уязвимый период.
3. Младший детский возраст: подготовка к школе.
4. Старший детский возраст: здоровое развитие в преддверии зрелости.
5. Подростковый возраст: здоровый подросток, готовый к вступлению в зрелый возраст.

В работе с подростками педиатрическое сообщество должно сосредоточиться на решении следующих задач:

- выработка здорового образа жизни — адекватный рацион питания, физическая активность, гигиена полости рта;

- предупреждение опасных форм поведения — употребление табаком, алкоголем и другими веществами, небезопасный секс;
- службы здравоохранения, ориентированные на молодежь, для охраны репродуктивного здоровья, включая методы контрацепции, предупреждение нежелательной беременности и профилактику и лечение ИППП, ВИЧ и других инфекционных заболеваний;
- консультирование и службы здравоохранения, ориентированные на молодежь, в отношении других проблем здоровья — насилие и жестокие формы обращения, издевательства и психические расстройства;
  - защита от эксплуатации и опасных форм труда;
  - предупреждение сексуального, физического или психического насилия;
  - здоровая школьная среда, способствующая физическому и психосоциальному благополучию;
  - благоприятная среда обитания дома и в местном сообществе,
  - борьба с ненадлежащей рекламой, ориентированной на подростков;
  - полная иммунизация (например, краснуха, корь, гепатит В);
  - предупреждение травматизма,
  - просвещение в области взаимоотношений и родительских обязанностей.

Реализация этой стратегии требует значительной финансовой поддержки и новых подходов организации медицинской помощи детям и подросткам. В свою очередь, это диктует необходимость пересмотра функциональных обязанностей педиатров и изменения программ профессиональной подготовки.

Европейская педиатрическая академия считает своевременной *полноценную интеграцию педиатрии и подростковой медицины*. В условиях неуклонного снижения числа детей и усиливающейся борьбы педиатров и семейных врачей за контингент пациентов, подростки, по мнению президента академии, могут спасти ситуацию. В ряде стран Европы педиатрические стационары уже переименованы в больницы для детей и подростков. В Австрии с 1994 г. должность педиатра обозначена как «специалист по детству и подростковой медицине».

Тем не менее, европейские специалисты понимают и необходимость выделения специальной подростковой службы и профессиональных сообществ, пусть и в рамках традиционной педиатрии. Так действует Европейская ассоциация здоровья подростков (ЕААН). В 2006 г. образовано Скандинавское сообщество по охране здоровья подростков (Nordic Adolescent Medicine Network), объединяющее специалистов пяти стран — Норвегии, Швеции, Дании, Финляндии и Исландии.

Назрела необходимость начать и проводить подготовку по подростковой медицине в системе непрерывного медицинского образования

педиатров во всех странах Европы. Такой подход уже существует в Италии и Австрии. Вопросы профессиональной подготовки и компетенции специалистов находятся под контролем Конфедерации европейских специалистов в педиатрии/Европейской педиатрической академии и Европейской коллегии педиатров, которые разрабатывает требования к аттестации и сертификации специалистов. С 2006 г. в рамках этой организации действует Рабочая группа по подростковой медицине. В Евробюро ВОЗ в 2007 г. введена должность координатора по подростковой медицине.

Рекомендации и требования к подготовке специалистов вытекают из двух постулатов:

1. Образование должно быть непрерывным и никогда не завершающимся процессом.
2. Педиатрия является глобальной комплексной профессией, поэтому и образование педиатра должно быть таким же.

Европейская академия педиатрии и Европейская коллегия педиатров провозгласили начало движения «от постоянного медицинского образования к непрерывному профессиональному развитию». Современный европейский педиатр, особенно в первичном звене, должен выйти из узких рамок собственно детских болезней. Помимо традиционных вопросов, программа их подготовки будет включать медицинскую экологию, спортивную медицину, социальную медицину, эпидемиологию, вопросы научно-доказательной медицины, психологию, навыки общения с детьми и подростками, работу в команде, менеджмент и пр.

Данная концепция рекомендована правительствам европейских стран для разработки собственных стратегий. Важно, что не только обозначены направления деятельности, но и представлены детальные методические рекомендации по реализации стратегии. Европейское бюро ВОЗ назвало их «инструментом действий». Для каждого приоритета указаны действия на уровнях общества, управления системой здравоохранения и первичной педиатрической помощи. В части, касающейся подростков, предложена следующая программа действий (табл. 2).

Таблица 2

Приоритет	Действия		
	межсекторные	на уровне системы здравоохранения	на уровне медико-санитарных служб
Укрепление здоровья и благополучия подростков.	– Развитие политики поддержки здоровья и благополучия подростков и молодежи на государственном уровне и в сообществах.	– Установление стандартов качества медицинской помощи, оказываемой подросткам, включая определение	– Обеспечение приближенности услуг здравоохранения к интересам подростков за счет следующих

	<p>– Выделение ресурсов молодежным центрам и предоставление полномочий молодежным организациям.</p> <p>– Поддержка молодежных форумов для стимулирования вовлечения молодежных и неправительственных организаций в принятие решений, касающихся молодежной политики.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление возможностей для обучения навыкам самостоятельности и социальной адаптации.</li> <li>• Включение адекватной информации о здоровье, с учетом пола и культурных особенностей учащихся, в соответствующие программы школьного обучения.</li> </ul> <p>– Распространение адекватной информации о здоровье в СМИ, с учетом пола и культурных особенностей аудитории.</p> <p>– Поддержка программ по обмену для учащейся молодежи.</p>	<p>пакетов услуг, предоставляемых на разных уровнях системы здравоохранения.</p> <p>– Обеспечение свободного и бесплатного доступа к медицинской помощи, оказываемой в атмосфере доброжелательности и с соблюдением конфиденциальности.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение финансирования, позволяющего дать подросткам универсальный и равноправный доступ к качественным и, по возможности, бесплатным услугам здравоохранения.</li> </ul> <p>– Обеспечение подготовки всех медиков, работающих с подростками, включая семейных врачей.</p>	<p>мер:</p> <p>– Совершенствование знаний всех медицинских работников по вопросам развития и изменяющихся потребностей подростков, включая потребность в конфиденциальности.</p> <p>– Стимулирование развития взаимопомощи и взаимной поддержки в вопросах здоровья среди самих подростков в школе и в сообществе.</p> <p>– Внедрение аутрич-программ для помощи подросткам, не посещающим школу.</p>
<p>– Профилактика нежелательной беременности в подростковом возрасте и оказание адекватной поддержки несовершеннолетним матерям.</p>	<p>– Обеспечение завершения курса обязательного школьного обучения мальчиками и девочками.</p> <p>– Предоставление возможностей для профессионального обучения подросткам, преждевременно прекратившим учебу в школе.</p> <p>– Разработка и осуществление программ (информация, просвещение и коммуникация) по вопросам безопасной контрацепции у подростков.</p> <p>– Стимулирование сотрудничества между секторами и с некоммерческими организациями для обеспечения бесплатного оказания услуг в области контрацепции.</p>	<p>– Внедрение политики, направленной на обеспечение доступа подростков и молодежи к консультациям и услугам в области контрацепции.</p>	<p>– Предоставление подросткам и молодежи доступа к консультациям и услугам в области контрацепции.</p> <p>– Предоставление консультативной, медицинской и психологической поддержки в случаях незапланированной подростковой беременности.</p> <p>– Применение индивидуальных средств социальной и психологической поддержки несовершеннолетних матерей, в частности — при неадекватном отношении семьи и общественности.</p>
– Профилактика	– Принятие законодательства	– Создание	– Предоставление

<p>и контроль ВИЧ/СПИДа и ИППП среди подростков.</p>	<p>по репродуктивным правам, включающего доступ подростков к соответствующим службам и информации.  – Включение сведений о ВИЧ/СПИДе и ИППП в программы школьного обучения.  – Распространение среди населения и, в особенности в группах риска, адекватной информации по предотвращению ВИЧ/СПИДа и ИППП.  – Обеспечение во всех местах, посещаемых подростками, возможности беспрепятственного и бесплатного получения презервативов.</p>	<p>доброжелательной обстановки при оказании первичной медико-санитарной помощи подросткам;  обучение медработников, включая семейных врачей, навыкам создания атмосферы доброжелательности к подросткам.  – Обеспечение лекарственными средствами для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и антиретровирусными препаратами  – Развитие центров лечения больных ВИЧ/СПИДом; подготовка медработников, предоставление лабораторного оборудования, реагентов, АРВ и других лекарственных средств для борьбы с ВИЧ/СПИДом и ИППП.</p>	<p>консультаций и обеспечение конфиденциальности проверки на ВИЧ/СПИД.  – Обеспечение наблюдения и контроля над ИППП.  – Обеспечение конфиденциальности при оказании помощи больным ВИЧ/СПИДом и ИППП.  – Использование стратегий, направленных на снижение вреда (раздача презервативов) в группах повышенного риска.</p>
<p>– Обеспечение адекватного лечения и поддержки подросткам с хроническими заболеваниями и инвалидностью</p>	<p>– Принятие законодательства, обеспечивающего психологическую и финансовую поддержку семьям детей и подростков, страдающих хроническими заболеваниями или являющихся инвалидами.  – Оказание помощи в вовлечении подростков, страдающих хроническими заболеваниями или инвалидов в общественную деятельность.</p>	<p>–Внести на рассмотрение вопрос о специальном законодательстве, направленном на улучшение доступа подростков с хроническими заболеваниями или инвалидностью к основным медицинским услугам и лекарственным средствам.  – Обучение медработников, прежде всего — специалистов по хроническим заболеваниям и инвалидности учету особых потребностей</p>	<p>–Стимулирование координированной деятельности врачей-специалистов и работников первичной медико-санитарной помощи в работе с подростками, страдающими хроническими заболеваниями или являющимися инвалидами.  – Привлекать подростков с хроническими заболеваниями или инвалидностью к различным формам физической активности, включая занятия спортом.</p>

		подростков.	
– Профилактика злоупотребления психоактивными веществами.	–Принятие законодательства, запрещающего курение в общественных местах. – Использование налоговых и законодательных рычагов для снижения уровней курения и потребления алкоголя. – Запрещение рекламы и популяризации алкоголя и табака в СМИ. – Развитие законодательства и осуществление мер по искоренению нелегального распространения наркотиков. – Включение информации об употреблении психоактивных веществ в программы школьного обучения.	– Внедрение интегрированной системы оказания помощи подросткам, злоупотребляющими психоактивными веществами, включая стратегии, направленные на уменьшение вреда.	– Информирование населения при оказании первичной медико-санитарной помощи по вопросам, связанным с употреблением определенных веществ не по назначению (аналгетики, противовоспалительные средства) либо с употреблением психоактивных веществ (табак, алкоголь, запрещенные наркотики).
Профилактика избыточной массы тела и ожирения.	– Принятие нормативов, предотвращающих продажу неблагоприятных для здоровья закусок и напитков в школьных кафетериях. – Включение вопросов рационального питания в программы школьного обучения. – Принятие законодательных норм, регулирующих рекламу продуктов питания для детей и подростков в СМИ. – Увеличение возможностей для физической активности в школах. – Обеспечение адекватных и безопасных возможностей для игр и физической активности по месту жительства.	– Обеспечение связи консультаций и вмешательств по вопросам питания с другими здравоохранительными (вакцинация) и нездравоохранительными мероприятиями в детских учреждениях. – Разработка государственных программ поддержки здорового питания и физической активности подростков.	– Контроль избыточной массы тела в дошкольном и школьном возрасте. – Предоставление индивидуализированной помощи и поддержки подросткам с избыточной массой тела и ожирением.
Предотвращение злоупотреблений в отношении сверстников (дедовщины) и проявлений насилия среди подростков.	– Развитие программ по борьбе с дедовщиной и насилием среди подростков в школах и по месту жительства.		Оказание психологической поддержки подросткам, подвергшимся значительному воздействию обстановки насилия.
Профилактика и контроль психогенных нарушений приема пищи.	– Стимулирование распространения в СМИ реалистичных представлений о нормальной женской и мужской фигуре.	Обучение специалистов здравоохранения и других секторов раннему обнаружению и оказанию интегрированной помощи при	– Оказание адекватной индивидуализированной и интегрированной помощи при психогенных нарушениях приема пищи.

		психогенных нарушениях приема пищи.	
--	--	---	--

Таким образом, состояние здоровья и социального благополучия детей и подростков России пока еще существенно хуже, чем в странах Западной Европы. Поэтому отечественным педиатрам и обществу в целом было бы полезно следовать разработанной стратегии.

Важно отметить, что последние нормативные документы Минздравсоцразвития России соответствуют Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков. Весьма своевременными, например, являются установки на существенное увеличение объема профилактической работы, организацию отделений медико-социальной помощи в детских поликлиниках и клиниках, дружественных к молодежи, разработка схем диспансеризации детей первого года жизни, требования к налаживанию межведомственного взаимодействия в работе детской поликлиники, формирование молодежного волонтерского движения.

Несмотря на то, что мы знаем как улучшить состояние здоровья нашей молодежи и повысить благополучие будущих поколений, между нашим представлением о том, какие меры должны быть приняты, и нашей способностью (или готовностью) реализовать их на практике существует значительный разрыв. Генеральная ассамблея Союза национальных европейских педиатрических обществ и ассоциаций (Рим, 2006) постановила рассматривать выполнение Европейской стратегии как жизненно необходимую задачу. Отказ от ее выполнения, с точки зрения президентов национальных педиатрических сообществ, равносителен самоубийству будущего общества.