

**А. М. Куликов, В. П. Медведев**

**ПОДРОСТКОВАЯ МЕДИЦИНА:  
РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**

К 25-летию кафедры подростковой медицины и валеологии  
Санкт-Петербургской медицинской академии  
последипломного образования

Санкт-Петербург  
2008

**Куликов А. М., Медведев В. П.** Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт. — Санкт-Петербург, 2008. — 80 с.

## АННОТАЦИЯ

В отечественном здравоохранении до сих пор нет единого мнения о том, нуждаются ли подростки в специальном медицинском обеспечении. Подростковая медицина в нашей стране переживала периоды расцвета и упадка. Созданная в первые годы советской власти, исходя из социальных потребностей подрастающего поколения, сегодня она зачастую сводится к чисто медицинским аспектам в рамках традиционной педиатрической помощи. Между тем, в некоторых странах выделение подростковой медицины как сертифицируемой специальности мультидисциплинарного направления доказало свою эффективность. Реформа и возрождение подростковой медицины становятся актуальными задачами общества.

Сегодня в мире идет быстрыми темпами реализация новых подходов к организации медицинской помощи подросткам, создание многопрофильных молодежных центров, объединение специалистов в профессиональные сообщества, разработка новых учебных программ и принципов подготовки специалистов в области охраны здоровья подростков. В эту деятельность определенный вклад вносит и 25-летний опыт кафедры подростковой медицины и валеологии СПбМАПО.

Изготовлено ООО «Тактик-Студио».  
Подписано в печать 05.04.2008.  
Формат 60×88 $\frac{1}{16}$ . Бумага офсетная. Печать офсетная.  
Гарнитура Minion. Усл. печ. л. 5.  
Тираж 1000 экз.

© Коллектив авторов  
© «Тактик-Студио» –  
дизайн, оформление

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Введение в подростковую медицину .....   | 5  |
| Подростковая медицина за рубежом .....   | 18 |
| Развитие подростковой медицины в Северной Америке .....  | 19 |
| Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков ...   | 22 |
| Подготовка специалистов по различным аспектам охраны<br>здоровья подростков .....                          | 38 |
| Программы подготовки подростковых врачей<br>в Северной Америке .....                                       | 38 |
| Последипломная подготовка специалистов по подростковой<br>медицине в Европе .....                          | 43 |
| Медико-социальная помощь подросткам<br>в России и за рубежом .....   | 47 |
| Клиники, дружественные к молодежи .....  | 47 |
| Ведущие подростковые медицинские клинические<br>и учебные центры .....                                     | 56 |
| Кафедра подростковой медицины и валеологии СПбМАПО<br>в системе медицинской помощи подросткам России ..... | 64 |
| Заключение .....   | 77 |

## ВВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВУЮ МЕДИЦИНУ

### Здоровье подростков как общественная ценность

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Резкие социально-экономические потрясения последнего десятилетия оказались драматичными для здоровья подростков. Результаты Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. подтвердили тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся за прошедший десятилетний период: снижение доли здоровых детей (с 45,5% до 33,8%) с одновременным увеличением вдвое удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность. Ежегодный прирост заболеваемости у подростков составляет 5–7%.

Состояние здоровья российских подростков существенно хуже, чем у их сверстников в других странах. Об этом свидетельствуют данные самооценки здоровья 15-летних подростков. Так, считают себя здоровыми: в Швейцарии 93%, в Швеции — 72%, во Франции — 55%, в Германии — 40%, в России — 28% подростков.

По данным официальной статистической отчетности (XII Конгресс педиатров России, 2008), за последние 5 лет заболеваемость детей до 14 лет увеличилась на 13,1%, 15–17 лет — на 15%. Среди детей всех возрастных групп отмечен преимущественный рост хронической патологии, частота которой за последнее десятилетие увеличилась на 22%, а доля среди всех нарушений здоровья в настоящее время достигла 32%. Уровень заболеваний костно-мышечной системы, эндокринной и системы кровообращения, психических заболеваний у 15–17-летних подростков в 1,5–1,8 раза выше, чем у детей до 14 лет.

В структуре **соматических заболеваний** у российских подростков по сравнению с другими возрастными группами явно доминируют заболевания эндокринной, мочевыделительной, нервной системы, психи-

ческие расстройства, обусловленные перестройкой пубертатного периода и началом половой жизни.

Распространенность **психических заболеваний** среди подростков на 21% выше, чем среди детей. Распространенность депрессий в подростковой популяции составляет 19% (Иовчук Н. М., Батыгина Г. З., 1998). Значительно возросло число детей групп высокого медико-социального и биологического риска (Миронов Н. Е., 1999). За последние 10 лет количество самоубийств возросло в 1,8 раза. По данным последних опросов, мысль о самоубийстве возникала у 19% юношей и 43% девушек. Хотя склонность к самоубийству типична для периода взросления во всех культурах, уровень суицидов в России — один из самых высоких в мире.

Особую значимость проблеме **репродуктивного здоровья** подростков придает демографическая ситуация в стране, обусловленная не только социальными причинами, но и низкими репродуктивными возможностями современных юношей и девушек.

У 75–86% девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10–15% — гинекологические расстройства, ограничивающие фертильность (Гуркин Ю. А., 1997; Баклаенко Н. Г., Гаврилова Л. В., 2000; Ващенко Л. В. и соавт., 2001). Выявление гинекологических заболеваний на профосмотрах за последние пять лет возросло в три раза. С возрастом распространенность гинекологических нарушений увеличивается более чем в 2,5 раза — с 116,2 в 14 лет до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет.

Не лучше обстоит дело и с репродуктивным здоровьем мальчиков. В Санкт-Петербурге частота андрологических заболеваний достигает 13–56%, а 2,2% юношей нуждаются в андрологическом оперативном лечении. Потребность в оперативном лечении наиболее высока в возрасте 14–16 лет. Около 60% заболеваний мальчиков и юношей в возрасте 14–17 лет в последующем могут вести к бесплодию (Юрьев В. К. и соавт., 2000).

Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем России, причем молодые люди часто не го-

товы к половой жизни ни физиологически, ни психологически. У них нет достаточных знаний об инфекциях, передающихся половым путем; о возможности отрицательных последствий раннего начала половой жизни и прерывания беременности.

Отмечен низкий уровень репродуктивных установок молодежи. Сегодня не хотят иметь детей 10,5% учащихся ПТУ и 6,5% школьников. Количество аборт в возрасте 15–19 лет равно 40 на 1000 подростков (Гребешева И. М., 2000). Материнская смертность подростков в 5–8 раз выше, чем в общей популяции (Баклаенко Н. Г. и соавт., 2000).

Демократия и неконтролируемая свобода личности сняла все ограничения на рискованное поведение молодежи. Распространенность **алкоголизма** среди подростков в 2002 г. стала самой высокой за последние 10 лет. Численность подростков, злоупотребляющих алкоголем, составила 827,1 на 100 тыс. подростков, что в три раза выше ее уровня среди населения в целом (Минздрав РФ, 2003). Национальным бедствием становится **наркомания** молодежи. Половину токсикоманов и наркоманов составляют несовершеннолетние. Тенденция распространения наркомании такова, что в ближайшее время Россия может стать одной из наркозависимых стран.

Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет в наибольшей мере подвержены **инфекциям, передаваемым половым путем**. По данным Минздрава РФ (2003), зарегистрировано свыше 52 тыс. больных в возрасте до 17 лет.

На подростковый возраст приходится также половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека. Доля 15–20-летних среди всех ВИЧ-инфицированных составляет 21%. В последние годы эпидемия из концентрированной фазы (среда наркоманов) переходит на все население. Уже сегодня почти четверть подростков заразилась при гетеросексуальных половых контактах.

Концентрированным отражением уровня и качества здоровья подрастающего поколения может считаться показатель **инвалидности**. Он наиболее наглядно иллюстрирует резкое снижение функциональных возможностей организма детей и подростков, реакций приспособле-

ния и защиты. По данным Минздрава Российской Федерации, в 2006 г. в России зарегистрировано около 560 тыс. детей-инвалидов. Наиболее многочисленную группу детей-инвалидов (64,6%) составляют подростки 10–17 лет.

Среди причин инвалидности с детства первое место занимают заболевания нервной системы (21,7%, 39,9 случаев на 10 тыс. детей). Второе место принадлежит психическим расстройствам (18,6%, 32,6 случая на 10 тыс. детей). На третьем месте — врожденные аномалии (18,6%, 31,9 случая на 10 тыс. детей). На долю этих причин приходится более 50% случаев инвалидности.

За последние 10 лет выявлены негативные тенденции в показателях физического развития. Установлено достоверное снижение темпов роста, уменьшение размеров и массы тела. Снижается доля подростков с нормальным физическим развитием (Ильин А. Г. и соавт., 2000).

Несовершеннолетние все больше становятся жертвами жестокого обращения с ними и насилия — физического, сексуального, эмоционального (моральная жестокость), пренебрежения основными нуждами ребенка, — а также объектами вовлечения в конфликты с законом.

В то время как в промышленно развитых странах детская смертность неуклонно снижается, смертность подростков в последние 30 лет не уменьшается, а в России она даже возрастает и сегодня является одной из самых высоких в мире. Ежегодно в мире от разных причин умирают 1,7 млн подростков в возрасте 10–19 лет. В России к рубежу веков смертность составила среди детей 0–14 лет — 1,3, среди 15–17 летних — 1,5 на 1000 (Минздрав РФ, 2002). В возрастных группах 5–9, 10–14, 15–19 лет доминируют внешние причины (травмы, отравления, самоубийства и др.) детской смертности, на их долю приходится соответственно 52%, 60,0%, 74%.

Переходный период в развитии современных российских подростков совпал с переходным периодом общества. Сложности подростков наслонились на сложности общества, и произошло потенцирование проблем. Сегодняшние подростки — это дети, которые родились в самое трудное время начала 90-х годов. Поэтому в ближайшие годы об-

щество столкнется с серьезными проблемами здоровья и социализации молодежи.

### Объект подростковой медицины

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

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

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

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

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

- Подросток — это взрослеющий ребенок, сталкивающийся с изменениями в своем организме, конфликтующий с обществом и родителями.
- Подросток — это еще не взрослый человек, но по взглядам на жизнь уже и не ребенок.

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

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

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

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

Эти процессы наглядно представлены на рис. 1.

Опираясь на изложенные научные принципы, комитет экспертов ВОЗ в 1977 г. предложил считать подростками лиц в возрасте 10–20 лет,

что и принято сейчас почти во всем мире. ООН рассматривает подрастающее поколение в нескольких аспектах:

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

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

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

Отметим наиболее типичные из них:

- обязательность определенного образовательного уровня, завершение образования;
- самостоятельный заработок, способность работать, трудовое законодательство;

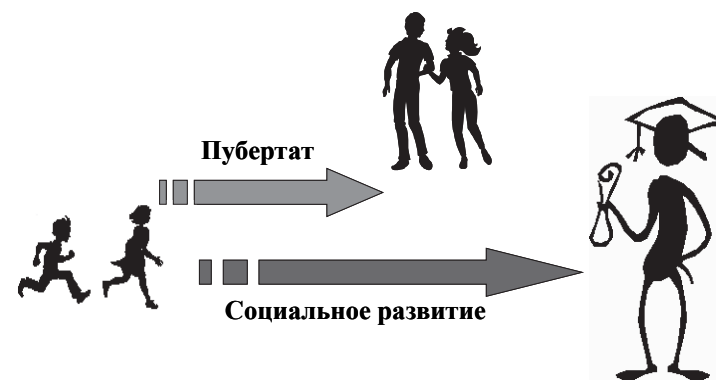


Рис. 1. Составные части подросткового периода

- вступление в брак, отношение к половой жизни, создание семьи;
- принятие гражданской ответственности,
- социальная компетентность,
- возраст избирательного права,
- доступ к определенным службам без ведома родителей,
- право участия в определенных общественных программах.

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

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

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

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

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

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

Все это приводит к серьезным противоречиям и парадоксам:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Проблемы пубертатного периода:**

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

**Проблемы психосоциального созревания:**

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

**Модель здоровья подростка**

В обобщенном виде все факторы, обеспечивающие соматическое, психическое и репродуктивное здоровье и влияющие на него, можно представить в виде модели, которую мы назвали «Цветком здоровья подростков» (рис. 2).

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

Лимбико-ретикулярный комплекс и конкретно гипоталамус представляется стержнем и структурой, отвечающей за интеграцию всех видов биологического развития и здоровья в пубертатном периоде. Именно он ответствен за оптимальное функционирование единой психонейроэндокринноиммунной системы. Важнейший фактор, определя-



Рис. 2. Цветок здоровья подростков

ющий состояние гипоталамуса — это особенности течения беременности и родов у матери подростка. На рисунке он изображен в виде стебля цветка (состояние позвоночного столба, мышечного тонуса и соединительнотканного каркаса). Клиническим эквивалентом врожденной неполноценности соединительной ткани, а также перинатальных повреждений гипоталамических структур могут выступать вегетативная дисфункция с широкими клиническими проявлениями и дисплазия соединительной ткани, которые служат фоном для отклонений в биологическом созревании, соматическом и репродуктивном здоровье.

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

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

### Цели и задачи подростковой медицины

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

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

*Основные задачи подростковой медицины:*

- направление общества на создание условий для реализации индивидуальной генетически детерминированной программы развития подростка,

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

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

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

## ПОДРОСТКОВАЯ МЕДИЦИНА 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, папилломавирусной 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 оттого, 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.

**Состояние здоровья детей и подростков в Европе.** Сегодня между 52 странами региона сохраняются очень значительные различия в отношении состояния здоровья и доступности служб здравоохранения.

Таблица 1

**Динамика удельного веса детей и людей зрелого возраста в Европе (2002–2015 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 |

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 ста-

новятся 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 — злоупотребление табаком, алкоголем и другими веществами, небезопасный секс;
- службы здравоохранения, ориентированные на молодежь, для охраны репродуктивного здоровья, включая методы контрацепции, предупреждение нежелательной беременности и профилактики 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).

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

Таблица 2

| Приоритет                                     | Действия  |  |   |
|---|---|--|---|
|   | межсекторные  | на уровне системы здравоохранения  | на уровне медико-санитарных служб   |
| Укрепление здоровья и благополучия подростков | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Развитие политики поддержки здоровья и благополучия подростков и молодежи на государственном уровне и в сообществах.</li> <li>— Выделение ресурсов молодежным центрам и предоставление полномочий молодежным организациям.</li> <li>— Поддержка молодежных форумов для стимулирования вовлечения молодежных и неправительственных организаций в принятие решений, касающихся молодежной политики.</li> <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> <li>— Распространение адекватной информации о здоровье в СМИ, с учетом пола и культурных особенностей аудитории.</li> <li>— Поддержка программ по обмену для учащейся молодежи.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Установление стандартов качества медицинской помощи, оказываемой подросткам, включая определение пакетов услуг, предоставляемых на разных уровнях системы здравоохранения.</li> <li>— Обеспечение свободного и бесплатного доступа к медицинской помощи, оказываемой в атмосфере доверия, конфиденциальности.</li> <li>— Обеспечение финансирования, позволяющего дать подросткам универсальный и равноправный доступ к качественным и, по возможности, бесплатным услугам здравоохранения.</li> <li>— Обеспечение подготовки всех медиков, работающих с подростками, включая семейных врачей.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Обеспечение приближенности услуг здравоохранения к интересам подростков за счет следующих мер: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Совершенствование знаний всех медицинских работников по вопросам развития и изменяющихся потребностей подростков, включая потребность в конфиденциальности.</li> <li>— Стимулирование развития взаимопомощи и взаимной поддержки в вопросах здоровья среди самих подростков в школе и в обществе.</li> <li>— Внедрение аутич-программ для помощи подросткам, не посещающим школу.</li> </ul> </li> </ul> |

| Приоритет  | Действия   |  | на уровне медико-санитарных служб   |
|--|--|--|---|
|  | межсекторные   | на уровне системы здравоохранения  |   |
| Профилактика нежелательной беременности в подростковом возрасте и оказание адекватной поддержки несовершеннолетним матерям | <ul style="list-style-type: none"> <li>Обеспечение завершения курса обязательного школьного обучения мальчиками и девочками.</li> <li>Предоставление возможности для профессионального обучения подросткам, преждевременно прекратившим учебу в школе.</li> <li>Разработка и осуществление программ (информация, просвещение и коммуникация) по вопросам безопасной контрацепции у подростков.</li> <li>Стимулирование сотрудничества между секторами и с некоммерческими организациями для обеспечения бесплатного оказания услуг в области контрацепции</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Внедрение политики, направленной на обеспечение доступа подросткам и молодежи к консультациям и услугам в области контрацепции</li> <li>Предоставление консультативной, медицинской и психологической поддержки в случаях незапланированной подростковой беременности.</li> <li>Применение индивидуальных средств социальной и психологической поддержки несовершеннолетних матерей, в частности, при неадекватном отношении семьи и обществу</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Предоставление консультаций и обеспечение конфиденциальности проверки на ВИЧ/СПИД.</li> <li>Обеспечение наблюдения и контроля над ИППП.</li> <li>Обеспечение конфиденциальности при оказании помощи больным ВИЧ/СПИДом и ИППП.</li> <li>Использование стратегий, направленных на снижение вреда (раздача презервативов) в группах повышенного риска</li> </ul> |
| Профилактика и контроль ВИЧ/СПИДа и ИППП среди подростков  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Принятие законодательства по репродуктивным правам, включающего доступ подростков к соответствующим услугам и информации.</li> <li>Включение сведений о ВИЧ/СПИДе и ИППП в программы школьного обучения.</li> <li>Распространение среди населения и, в особенности в группах риска, адекватной информации по предотвращению ВИЧ/СПИДа и ИППП.</li> <li>Обеспечение во всех местах, посещаемых подростками, возможности беспрепятственного и бесплатного получения презервативов</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Создание добровольной обсерватории при оказании первичной медико-санитарной помощи подросткам; обучение медработников, включая семейных врачей, навыкам создания атмосферы доброжелательности к подросткам.</li> <li>Обеспечение лекарственными средствами для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и антиретровирусными препаратами</li> <li>Развитие центров лечения больных ВИЧ/СПИДом; подготовка медработников, предоставление лабораторного оборудования, реагентов, АРВ и других лекарственных средств для борьбы с ВИЧ/СПИДом и ИППП</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Предоставление консультаций и обеспечение конфиденциальности проверки на ВИЧ/СПИД.</li> <li>Обеспечение наблюдения и контроля над ИППП.</li> <li>Обеспечение конфиденциальности при оказании помощи больным ВИЧ/СПИДом и ИППП.</li> <li>Использование стратегий, направленных на снижение вреда (раздача презервативов) в группах повышенного риска</li> </ul> |

| Приоритет   | Действия  |  | на уровне медико-санитарных служб   |
|---|---|--|---|
|   | межсекторные  | на уровне системы здравоохранения  |   |
| Обеспечение адекватного лечения и поддержки подростков с хроническими заболеваниями и инвалидностью | <ul style="list-style-type: none"> <li>Принятие законодательства, обеспечивающего психологическую и финансовую поддержку семьям детей и подростков, страдающих хроническими заболеваниями или являющихся инвалидами.</li> <li>Оказание помощи в вовлечении подростков, страдающих хроническими заболеваниями или инвалидностью в общественную деятельность</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Внести на рассмотрение вопрос о специальном законодательстве, направленном на улучшение доступа подростков с хроническими заболеваниями или инвалидностью к основным медицинским услугам и лекарственным средствам.</li> <li>Обучение медработников, прежде всего — специалистов по хроническим заболеваниям и инвалидности учету особых потребностей подростков</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Стимулирование координированной деятельности врачей-специалистов и работников первичной медико-санитарной помощи в работе с подростками, страдающими хроническими заболеваниями или являющимися инвалидами.</li> <li>Привлекать подростков с хроническими заболеваниями или инвалидностью к различным формам физической активности, включая занятия спортом</li> </ul> |
| Профилактика злоупотребления психоактивными веществами  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Принятие законодательства, запрещающего курение в общественных местах.</li> <li>Использование налоговых и законодательных рычагов для снижения уровней курения и потребления алкоголя.</li> <li>Запрещение рекламы и популяризации алкоголя и табака в СМИ.</li> <li>Развитие законодательства и осуществление мер по искоренению нелегального распространения наркотиков.</li> <li>Включение информации об употреблении психоактивных веществ в программы школьного обучения</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Внедрение интегрированной системы оказания помощи подросткам, злоупотребляющими психоактивными веществами, включая стратегии, направленные на уменьшение вреда</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Информирование населения при оказании первичной медико-санитарной помощи по вопросам, связанным с употреблением опасных веществ не по назначению (аналгетики, противовоспалительные средства) либо с употреблением психоактивных веществ (табак, алкоголь, запрещенные наркотики)</li> </ul>   |

| Приоритет   | Действия  |   |   |
|---|---|---|---|
|   | межсекторные  | на уровне системы здравоохранения   | на уровне медико-санитарных служб   |
| Профилактика избыточной массы тела и ожирения   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Принятие нормативов, предлагающих продажу низкокалорийных напитков для здоровья закусок и напитков в школьных кафетериях.</li> <li>— Включение вопросов рационального питания в программы школьного обучения.</li> <li>— Принятие законодательных норм, регулирующих рекламу продуктов питания для детей и подростков в СМИ.</li> <li>— Увеличение возможностей для физической активности в школах.</li> <li>— Обеспечение адекватных и безопасных возможностей для игр и физической активности по месту жительства</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Обеспечение связи консультаций и вмешательств по вопросам питания с другими здравоохранительными (вакцинация) и нездравоохранительными мероприятиями в детских учреждениях.</li> <li>— Разработка государственных программ поддержки здорового питания и физической активности подростков</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Контроль избыточной массы тела в дошкольном и школьном возрасте.</li> <li>— Предоставление индивидуализированной помощи и поддержки подросткам с избыточной массой тела и ожирением</li> </ul> |
| Предотвращение злоупотреблений в отношении сверстников (дедовщины) и проявлений насилия среди подростков. | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Развитие программ по борьбе с дедовщиной и насилием среди подростков в школах и по месту жительства</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Оказание психологической поддержки подросткам, подвергшимся значительному воздействию обстановки насилия</li> </ul>  |
| Профилактика и контроль психотропных нарушений при приеме пищи  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Стимулирование распространения в СМИ реалистичных представлений о нормальной женской и мужской фигуре</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Обучение специалистов здравоохранения и других секторов раннему обнаружению и оказанию интегрированной помощи при психотропных нарушениях приема пищи</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Оказание адекватной индивидуализированной и интегрированной помощи при психотропных нарушениях приема пищи</li> </ul>  |

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.

## ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО РАЗЛИЧНЫМ АСПЕКТАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Программы обучения развивались параллельно со становлением подростковой медицины, степенью признания подростковой медицины как специальности и исходили из меняющихся потребностей подростковой медицины. Наибольший опыт и наилучшую систему обучения специалистов по подростковой медицине имеют США и Канада. В этих странах подростковая медицина уже многие годы считается самостоятельной специальностью, требующей подготовки сертифицированных специалистов. Рядом можно поставить и Австралию, которая также имеет сложившуюся систему обучения специалистов в области подростковой медицины. Европейские страны включились в этот процесс позднее и работают менее активно. Российский подход к обучению подростковых врачей будет рассмотрен в следующем разделе.

### Программы подготовки подростковых врачей в Северной Америке

Впервые подготовка специалистов педиатров и интернистов по подростковой медицине началась в конце 50-х годов прошлого века в детском госпитале г. Бостона. С 1967 г. она получила государственную поддержку и проводилась в 7 академических центрах при финансировании Бюро по охране здоровья матерей и детей (MCHB).

С 1977 г. стало очевидно, что медицинская помощь подросткам требует расширения и междисциплинарного подхода. Возникла необходимость рассматривать медицинские проблемы, роль среднего персонала, социальную работу, психологические проблемы и проблемы питания. В 1996 г. сертифицированные Комитетом по аккредитации медицинского образования (ACGME) программы позволили совершенствовать обучающий процесс. Цель сертификации подростковой медицины — улучшить качество оказания медицинской помощи подросткам и обучение в первичном звене, чтобы включить научно-доказательный подход к

помощи подросткам и повысить качество научных исследований в области здоровья подростков.

**Программы обучения студентов-медиков.** В университетском медицинском образовании студентов нет специального курса по подростковой медицине. Эти аспекты интегрированы в различные клинические лекции или практические занятия. Например, в университете Сан-Франциско разработан курс «жизненный цикл», содержащий все медицинские проблемы от зачатия до смерти. Вопросы подростковой медицины реализуются специалистами отделения подростковой медицины и включают 10 лекционных часов и 9 семинарских часов в малых группах. Основное содержание — пубертатное развитие, хронические заболевания и спортивные травмы.

**Программа подготовки по подростковой медицине для резидентов-педиатров.** По крайней мере, один месяц резидентуры должен быть посвящен подростковой медицине. Основные темы, которые должны усвоить резиденты-педиатры:

- Нормальный пубертатный рост и развитие
- Профилактика и пропаганда здорового образа жизни
- Общие проблемы здоровья подростков (хронические заболевания, спортивная медицина, травматизм и профилактика насилия)
- Навыки общения с подростками, включая конфиденциальность
- Психоэмоциональные расстройства
- Репродуктивное здоровье, включая вопросы сексуальности, профилактики ИППП, подростковой беременности и контрацепции.

**Стажировка (Fellowship) по подростковой медицине.** Это период обучения, возможный после прохождения резидентуры. Основная задача — получение субспециальности. Содержание программ в разных учебных центрах может варьировать, но требования к программе сертификационного экзамена едины и утверждены Adolescent Medicine Examination Committee, состоящим из представителей трех сертифицирующих организаций (The American Board of Family Practice, The American Board of Internal Medicine, The American Board of Pediatrics).

Сегодня получить специальность по подростковой медицине лицам, имеющим сертификат педиатра, семейного врача или интерниста, можно в 29 учебных университетских центрах. Продолжительность обучения составляет 1–3 года. Координирует эту работу Общество подростковой медицины.

Для субспециальности «подростковая медицина» разработана детальная программа. Она включает практические и теоретические компоненты, формирование преподавательских и исследовательских навыков. Поскольку подростковый период связывает детство и взрослую жизнь, программа должна быть тесно связана с программами по педиатрии, общей врачебной практике, внутренним болезням, психиатрии, гинекологии, спортивной медицине, дерматологии, хирургии, психологии, диетологии, ювенальной юстиции, социологии и общественному здравоохранению и согласована с ними. Контроль качества усвоения материала проводится после каждой ротации и ежегодно.

В подготовке врачей в каждом учебном центре должны участвовать, как минимум, два специалиста по подростковой медицине и консультанты: подростковый психиатр, детский невролог, акушер-гинеколог, хирург, ортопед, спортивный врач, дерматолог, психолог, социальный работник, специалист по школьному здравоохранению, педагог (школьное здравоохранение), нарколог, диетолог, клинический фармаколог.

Программа обучения, рассчитанная на 3 года, включает три блока.

*А. Клиническая работа в стационаре и поликлинике.*

*Б. Медицинские знания.* Программа должна обеспечить адекватные теоретические и практические навыки в следующих вопросах:

- физические, физиологические и психосоциальные изменения в пубертатном периоде: норма и патология;
- основные заболевания подростков (органоспецифические состояния),
- влияние подросткового периода на предшествующие заболевания,
- психическое здоровье (включая психофизиологические расстройства, психофармакологию, принципы психотерапии и консультирования);

- нарушения сна;
- подросток и семья: проблемы, конфликты и психологический климат в семье;
- подростки как родители,
- расстройства внимания, интеллекта и другие факторы, влияющие на качество обучения в школе;
- социальное и эмоциональное развитие подростков, включая культурные и этнические особенности;
- хронические заболевания, приводящие к инвалидности, у подростков, включая лечение и реабилитацию;
- заболевания эндокринной системы и метаболизма,
- психосексуальное развитие и его нарушения,
- ИППП (диагностика, лечение, профилактика);
- репродуктивное здоровье юношей и девушек (нарушения менструального цикла, гинекомастия, контрацепция, беременность и фертильность);
- питание, нутриентная недостаточность, диетология;
- пропаганда здоровья, профилактика заболеваний, скрининг и иммунизация;
- инфекционные заболевания,
- фармакология и токсикология,
- вопросы наркологии, включая алкоголизм и курение;
- расстройства питания (ожирение, *anorexia nervosa* и булимия);
- социально значимые заболевания, включая насилие физическое и сексуальное, рискованное поведение, травматизм;
- ювенальная юстиция,
- спортивная медицина,
- медицинская деонтология, включая конфиденциальность и адвокатию;
- интервьюирование и кратковременное вмешательство у подростков и родителей,
- вопросы общественного здравоохранения: демография, эпидемиология, пропаганда здоровья подростков;
- финансирование охраны здоровья подростков.

В. *Дидактические сессии.* Клинические конференции должны способствовать улучшению и закреплению перечисленных тем, они должны включать дискуссию по всем перечисленным аспектам (клиника, профилактика, правовые аспекты и пр.). Преподаватели проводят клинические разборы и демонстрации.

**Сертификация специалистов.** Программа сертификации по подростковой медицине *совместно разработана American Board of Internal Medicine, American Board of Family Medicine, American Board of Pediatrics.* Сертификационный экзамен проводится один раз в год в октябре в 28 городах. Продолжительность экзамена составляет 2 дня. За это время претендент должен пройти 4 тестовые сессии по 3 часа (тесты множественного выбора). Приблизительное процентное распределение экзаменационных разделов выглядит следующим образом:

|   |      |
|---|------|
| Репродуктивное здоровье                   | 11,0 |
| ИППП/ВИЧ                                  | 8,0  |
| Эндокринология                            | 7,0  |
| Рост и развитие в пубертатном периоде     | 6,0  |
| Психиатрия                                | 6,0  |
| Психосоциальное развитие и семья          | 5,0  |
| Сексуальность                             | 5,0  |
| Нутрициология и расстройства питания      | 5,0  |
| Наркология                                | 5,0  |
| Гематология/онкология                     | 4,0  |
| Гастроэнтерология                         | 4,0  |
| Инфекционные заболевания                  | 4,0  |
| Дерматология                              | 4,0  |
| Заболевания опорно-двигательного аппарата | 3,0  |
| Аллергология, иммунология и ревматология  | 3,0  |
| Нефрология                                | 3,0  |
| Оториноларингология                       | 2,0  |
| Кардиология                               | 2,0  |
| Пульмонология                             | 2,0  |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Неврология                            | 2,0 |
| Фармакология и токсикология           | 2,0 |
| Профилактика/скрининг                 | 2,0 |
| Исследовательские навыки и статистика | 2,0 |
| Организация здравоохранения и этика   | 2,0 |

**Программы в системе непрерывного медицинского образования.** Постоянное образование и развитие специалистов находится в ведении и под контролем Общества подростковой медицины и Американской академии педиатрии. Для ресертификации, что обычно означает повышение профессионального статуса врача, необходимо документально подтвердить участие в работе регулярно проводимых конференций и семинаров в центрах подростковой медицины, использовать мощные информационные ресурсы дистанционного и самостоятельного образования. В Северной Америке издаются 9 специализированных журналов по здоровью подростков.

### Последипломная подготовка специалистов по подростковой медицине в Европе

По инициативе ведущих европейских специалистов в области здоровья подростков в 1999 г. при Лозаннском университете был создан центр EuTEACH (European Training in Effective Adolescent Care and Health). Координатор проекта — профессор Пьер-Андре Мишо — руководитель многопрофильного отделения здоровья подростков университетского медицинского центра в г. Лозанна (Швейцария).

Основной задачей EuTEACH является разработка обучающих программ, методических планов и ресурсов для работников сферы здравоохранения, специализирующихся по данной тематике. Конечная цель формулируется как улучшение здоровья и социального благополучия подростков Европы через повышение квалификации специалистов. Для этого необходимо создание Европейской сети обучающих центров по подростковой медицине. Проект EuTEACH поддерживают ВОЗ, ЮНИСЕФ, Европейская конфедерация специалистов в педиатрии.

В состав группы преподавателей входят ведущие европейские специалисты в области здоровья подростков: Istvan Batar (Венгрия); K. Berg-Kelly (Швеция); J.-P. Bourguignon (Бельгия); V. Chandra-Mouli (ВОЗ); H. Fonseca (Португалия); W. R. Horn (Германия); A. Macfarlane (Великобритания); P.-A. Michaud (Швейцария); F. Narring (Швейцария); K. Pagava (Грузия); S.-C. Renteria (Швейцария); S. Stronski (Швейцария); J. C. Suris (Швейцария); R. Viner (Великобритания)

К настоящему времени группа EuTEACH разработала базовую программу по подростковой медицине и необходимые методические материалы. Эту программу можно адаптировать к потребностям каждой из европейских стран и для разных специалистов, работающих с подростками.

Европейская программа позиционирует себя как пилотная, экспериментальная. В соответствии требованиями современного медицинского образования она является гибким инструментом, построенным по модульному принципу (17 модулей). Программа учитывает основные зоны обучения: базовые навыки (включая права подростков и конфиденциальность), гендерные и культурные особенности, также и специфичные проблемы (сексуальное и репродуктивное здоровье, хронические заболевания, пищевые расстройства).

Каждый модуль содержит указания на цели и задачи обучения по представленной теме, учебные материалы для интерактивного проведения занятий, клинические ситуационные задачи, ссылки на ресурсы. Как содержание, так и применяемые педагогические подходы принимают во внимание опыт обучения в США, Канаде, Австралии и Всемирной организации здравоохранения, а также различные европейские рекомендации.

Курс состоит из 3 основных частей, каждая из которых разбита на несколько модулей, освещающих различные аспекты подросткового здоровья.

### 1. Общие вопросы

- Определение пубертатного периода и психосоциальное развитие подростков в период полового созревания.

- Семья: влияние и динамика развития отношений.
- Навыки общения и клинической работы, междисциплинарный подход.
- Принципы конфиденциальности, добровольности, доступа и самозащиты; права и обязанности.
- Влияние среды: социально-экономические, культурные, этнические и гендерные факторы.
- Ресурсы, резистентность, исследовательское и рискованное поведение подростков.

### 2. Специальные вопросы

- Рост и половое созревание.
- Питание, физическая активность и проблема ожирения.
- Сексуальное и репродуктивное здоровье.
- Общие медицинские характеристики пубертатного периода.
- Хронические заболевания.
- Психическое здоровье.
- Расстройства пищевого поведения.
- Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими.
- Травмы и насилие, в т. ч. несчастные случаи, изнасилование, самоистязание (мазохизм) и т. д.

**3. Общественное здравоохранение.** Третья часть курса предлагает рекомендации по организации инициатив на национальном уровне, нацеленных на охрану здоровья подростков:

- Обзор подросткового здоровья: эпидемиология и приоритеты.
- Общественное здравоохранение применительно к подросткам в возрасте от 10 до 19 лет.
- Воспитание и пропаганда здорового образа жизни, в том числе школьное здравоохранение.
- Медико-социальные службы, дружественные к молодёжи.
- Продвижение (адвокация) инициатив по защите здоровья подростков в возрасте от 10 до 19 лет.

Изначально содержание обучающего курса было рассчитано на врачей в системе непрерывного медицинского образования. Дальнейшие

модификации включили разработки модулей по общественному здравоохранению для специалистов, занятых управлением или разработкой политики или развитием служб, дружественных к молодежи. Предполагается постепенно адаптировать содержание курса для других специальностей, включая:

- медсестер в клинике и в общественном здравоохранении,
- психологов и социологов,
- специалистов, связанных с медициной (специалисты по лечебной физкультуре/реабилитации, по коррекции речи, нутрициологи),
- социальных работников,
- учителей, преподавателей, медицинских преподавателей,
- юристов,
- политиков.

Таким образом, мировая практика показывает, что специалист в области охраны здоровья подростков должен иметь фундаментальную подготовку в различных областях клинической медицины, возрастной физиологии, психологии, социологии и общественного здравоохранения.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ**

### **Клиники, дружественные к молодежи**

В настоящее время в России совместными усилиями Минздравсоцразвития и ЮНИСЕФ достаточно активно создаются центры и отделения медико-социальной помощи для детей и подростков. Привлекательность таких служб для подростков, эффективность лечебной и особенно профилактической работы в этих структурах возможна только при использовании принципиально новых организационных и методических подходов. Опыт показывает, что подростки и молодежь нуждаются в услугах, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям.

Предпосылками к этому являются:

- отсутствие социальной защищенности молодежи,
- изменение структуры заболеваний молодежи с нарастанием удельного веса «болезней рискованного поведения»,
- отсутствие возможности обеспечить должный уровень медицинской помощи подросткам имеющимися традиционными службами,
- необходимость комплексного подхода и межведомственного взаимодействия в охране здоровья молодежи,
- важность принципиально новой модели медицинского персонала, работающего с подростками.

Специалисты убеждены, что наиболее эффективное взаимодействие медицинских работников и подростков и результативность обеспечения здоровья молодежи достигается в специально выделенных или созданных в системе первичной медицинской помощи структурах для подростков.

В этих условиях Минздрав РФ приказом № 154 от 5 мая 1999 г. обязал каждую детскую поликлинику открыть отделение (кабинет) медико-социальной помощи: «Отделение (кабинет) медико-социальной

помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т. ч. подросткового возраста, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни».

Основными задачами отделения медико-социальной помощи предусматривались:

- медико-социальный патронаж семей, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в том числе и на анонимном приеме;
- осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей;
- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни, и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т. п.);
- оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье в защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;
- анализ потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи с применением анкетного опроса и других методов.

Концепция клиник, дружественных к молодежи (КДМ) находит широкую поддержку ВОЗ и Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ). В «Стратегических направлениях улучшения здоровья и развития детей и подростков (WHO/FCH/САН/02.21)», разработанных ВОЗ в 2004 г., особо подчеркивается необходимость служб здравоохранения специально для подростков.

В марте 2001 г. в Женеве под эгидой ВОЗ состоялись «Глобальные консультации по службам, доброжелательным к подросткам», в ходе которых представители более 20 стран пришли к консенсусу и выработали ведущие принципы медицинского обеспечения подростков.

Работа по созданию клиник, дружественных к молодежи, началась в России с 2000 г. по инициативе Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ). Фактически КДМ оказывают те услуги, которые по разным причинам не могут быть обеспечены другими лечебно-профилактическими учреждениями.

Клиника, дружественная к молодежи (КДМ) — это учреждение, оказывающее комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

КДМ не являются альтернативой уже имеющимся службам для подростков, например, детским поликлиникам и не должны заменить их. Эти службы будут дополнять друг друга в достижении единой цели — обеспечить здоровье молодого поколения. КДМ могут быть составной частью детского ЛПУ в качестве отделений медико-социальной помощи подросткам.

Штат типовой КДМ включает подросткового врача-педиатра, подросткового гинеколога, андролога, медицинского психолога, социального работника, средний медицинский персонал. Крупные КДМ, например центр «Ювента» в Санкт-Петербурге (штат — более 120 врачей и средних медицинских работников), оказывают более широкий спектр медико-психолого-социальных услуг.

Территориально КДМ могут располагаться в детской поликлинике или в женской консультации обязательно в изолированном от других посетителей блоке, молодежном центре, жилом доме, реабилитационном центре и пр.

Деятельность КДМ в России основана на принципах «четырёх Д» — добровольность, доступность, доброжелательность и доверие.

**I. Доступность** — молодой человек имеет реальную возможность получения услуг: простоту процедуры обращения, выполнение гарантий бесплатной медицинской помощи или приемлемость ее цены, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую интересующую информацию; получение помощи, начиная с момента обращения.

Что необходимо сделать для обеспечения доступности?

- Желательно, чтобы помещение клиники располагалось рядом с основными транспортными маршрутами или в центре города.
- Территориально КДМ могут располагаться в детской поликлинике обязательно с отдельным входом, в молодежном центре, жилом доме, реабилитационном центре и пр.
- Важна крупная, бросающаяся в глаза вывеска.
- Вход в клинику должен быть удобным для всех, в том числе, для инвалидов.
- Нейтральное название КДМ в связи с тем, что многие молодые люди предпочли бы не «афишировать» свое обращение к психотерапевту, наркологу, гинекологу, дерматовенерологу, сексологу.
- Необходимо организовать потоки посетителей так, чтобы сократить бесполезное время ожидания подростков.
- Услуги, предоставляемые подросткам в возрасте до 18 лет, должны быть бесплатными. Если ряд услуг КДМ для молодых людей старше 18 лет планируется оказывать платно, то цены должны быть минимальными и вполне доступными.
- Необходимо давать четкую информацию о том, какие виды услуг и в какое время предоставляются.
- Расписание работы службы должно быть приспособлено к реальной жизни молодых людей. Могут ли они посещать клинику

в учебное или рабочее время? Доступны ли услуги в выходные дни? Важно убедиться, что расписание работы клиники в рекламных объявлениях и плакатах четко обозначено: если молодой человек наберется смелости пойти в учреждение, а оно будет закрыто, он может туда больше не обратиться.

- Необходимо наличие консультативного кабинета, для посещения которого не нужна предварительная запись.
- Важно использовать комплексный подход для определения спектра оказываемых услуг, необходимых молодежи. Привлекательность КДМ возрастет, если комплекс услуг будет оказан за минимальное количество посещений.
- Персонал службы должен иметь возможность предоставить информацию о других учреждениях, в которых может быть оказана помощь или консультация по конкретному вопросу.
- Важно, чтобы услуги были привлекательными и доступными как для юношей, так и для девушек. Подросток должен иметь возможность выбора, к какому врачу или медсестре он пойдет — к женщине или к мужчине.
- Многие молодые люди с ограниченными физическими и ментальными возможностями имеют опыт предубежденного отношения к себе в службах, к которым они обращались. Именно поэтому концепция услуг в КДМ базируется на создании позитивного отношения к подросткам.
- Клинику посещают самые разные молодые люди, в том числе те, кто может подвергаться дискриминации, стигматизации в повседневной жизни: потребители наркотиков, гомосексуалисты; лица, вовлеченные в секс-бизнес, ВИЧ-инфицированные. Необходима работа с персоналом клиники, чтобы сформировать корректное, толерантное поведение по отношению к этим посетителям.
- Часть профилактической работы КДМ следует перенести в места, где часто собираются подростки: клубы и организации для молодежи, приюты, где проживают молодые люди, бары и кафе; не следует забывать и о школах.

- Необходимо так организовать потоки посетителей, чтобы сократить бесполезное время ожидания. Например, можно организовать одновременную работу нескольких однопрофильных кабинетов (в одном происходит первичный врачебный прием и обследование, во втором проводится консультирование по полученным результатам и назначается лечение) и досуг на период ожидания очереди (видеозал, где показывают профилактические или рекламные видеофильмы, кафе, клубная комната и т. д.).
- Охват большого числа представителей целевой группы достигается с помощью информационно-массовых мероприятий, распространения информационных материалов, продуманной рекламной кампании учреждения и его услуг.

**II. Доброжелательность** — максимально доброжелательное отношение со стороны персонала, основанное на понимании и принятии особенностей подростка, уважении, терпимости и поддержке в выражении собственного мнения. Сотрудникам необходимо понимать и принимать стиль жизни молодежи.

- Первый и важный шаг в организации работы КДМ — это формирование идеологии, основанной на нуждах целевой группы, которую четко понимает персонал.
- Многим молодым людям большую пользу принесет не просто прием врача, а консультирование как услуга, которую может осуществить врач, психолог, психотерапевт или качественно обученный консультант. Это даст возможность более эффективно работать с некоторыми сложными проблемами, с которыми сталкивается молодежь.
- Требуется совместное обучение всего персонала как группы единомышленников (команды). Подготовка специалистов базируется на особых требованиях к персоналу подростковой поликлиники:
  - необходимость профессиональных навыков по своему разделу работы,
  - знание возрастных особенностей подростков по своей специальности,

- умение работать с подростками, знание их психологических и социальных особенностей,
- знание нормативно-правовой базы,
- умение работать в команде.
- В связи с несовершенством законодательства по вопросам здоровья подростков и возможностью различного толкования большинства законодательных актов сотрудники КДМ должны использовать ту трактовку, которая защищает права ребенка.
- Первое впечатление от КДМ может определить, будет ли молодой человек дальше пользоваться услугами клиники и посоветует ли ее своим друзьям. Подростки нередко обращают внимание на то, что в обычных учреждениях во время врачебного осмотра, когда пациент обнажен, в кабинете могут присутствовать другие сотрудники или заглядывать посторонние люди; гинекологическое кресло расположено около окна и не отделено от входной двери даже ширмой.
- Хорошо, если интерьер клиники отличается от традиционных больничных стен и радует глаз молодых людей.

**III. Доверие** — складывается из доброжелательного отношения персонала, соблюдения принципа конфиденциальности и уважения подростков и молодых людей как личностей. Доверие — учет мнения молодежи в отношении качества и вида предоставляемых услуг, участие подростков в оформлении клиники, опора на добровольную помощь подростков-волонтеров.

Следует особо подчеркнуть, что в КДМ необходимо строго соблюдать принцип конфиденциальности (сохранение врачебной тайны). В понятие «конфиденциальность» подросток вкладывает возможность полностью доверять врачу и говорить с ним обо всем, при этом медицинский работник не будет никому рассказывать о цели визита.

Необходимым условием является знание потребностей и основных проблем подростков, мотивов обращений и в клинику, чему способствуют активное участие молодежи в работе КДМ (волонтерское движение и пр.) и проведение регулярных социологических исследований

(анкетирование, справочные опросы, интервьюирование посетителей, проведение фокус-групп).

Особое значение в профилактической работе с подростками приобретают их сверстники — волонтеры. Проблемы молодежи нельзя решить без привлечения самой молодежи. Волонтеры используют принципы равного обучения, когда подростки со сформированным отношением к рискованному поведению оказывают позитивное влияние на подростковую среду.

**IV. Добровольность** — мотивированность молодого человека к самостоятельному, осознанному обращению к врачу не только в связи с заболеванием, но и с профилактической целью, а также проявление доброй воли в выборе услуг и следовании рекомендациям сотрудника КДМ.

- Главные компоненты для реализации этого принципа — доступность услуг, а также доброжелательная и доверительная атмосфера КДМ.
- КДМ должна предоставлять подростку право выбора специалистов и услуг, например, различные методы обследования, контрацепции, лечения и профилактики.

При этом пациентам необходимо предоставить информацию о преимуществах и недостатках каждого метода лечения или обследования, чтобы они могли принять самостоятельное, осознанное и информированное решение. Для реализации этого принципа важно, чтобы подросток участвовал в диалоге со специалистом по поводу полученной информации, что помогло бы ему сделать осознанный выбор. Поэтому работа КДМ начинается с консультирования, которое продолжается на всех последующих этапах (диагностика лечения и реабилитация) вместе с социально-психологическим сопровождением.

Особую значимость представляет межведомственное взаимодействие в медико-социальной помощи подросткам и организации работы КДМ. Состояние здоровья подростков определяется воздействием комплекса факторов: внешней среды, социальных и отношением к собственному здоровью. Отсюда вытекает необходимость комплексного подхода к охране здоровья подрастающего поколения. Вполне очевид-

но, что усилий только педиатров в решении этой проблемы будет недостаточно. Практика показывает важность налаживания и эффективного функционирования как внутри-, так и межведомственной системы медико-социальной помощи подросткам.

На уровне внутриведомственного взаимодействия детская поликлиника как ведущее звено в медицинском обеспечении подростков, в которой должны концентрироваться все данные о различных аспектах соматического, репродуктивного и психического здоровья молодежи, обязана взаимодействовать с другими лечебно-профилактическими учреждениями: специализированными диспансерами, центрами профилактики СПИД, центрами медицинской профилактики, центрами планирования семьи, центрами Госсанэпиднадзора.

Межведомственное взаимодействие предусматривает взаимодействие усилий учреждений образования (образовательных учреждений и медико-педагогических комиссий), социальной защиты населения, службы опеки и попечительства, службы занятости, правоохранительных органов, военных комиссариатов, общественных организаций и СМИ. Такое взаимодействие будет эффективным только при условии его координации и контроля со стороны законодательных и исполнительных органов власти. Важным представляется и четкое разграничение полномочий и ответственности всех звеньев этой системы.

Первое российское учреждение, работающее на принципах КДМ — центр «Ювента», появилось в Санкт-Петербурге 15 лет назад. Его опыт был рекомендован Минздравом России для распространения и в других регионах. Сегодня в России, в том числе и при участии сотрудников СПбМАПО, создана и продолжает расти сеть молодежных клиник. Концепция модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004–2010 гг. также предусматривает развитие сети медико-социальной помощи (молодежных консультаций).

Опыт работы большинства созданных клиник показывает их социальную эффективность:

- Востребованность клиники — положительная динамика количества посещений, высокий удельный вес посещений с профи-

лактической целью, количество повторных добровольных посещений, положительные отзывы посетителей.

- Позитивное изменение отношения молодежи к своему здоровью.
- Комплексность помощи.
- Создано движение волонтеров.
- Достигается межведомственное взаимодействие.
- Определены формы работы с молодежью и выявлены потребности молодежи.
- Изменяется психология медицинских работников.
- Работа клиник изменяет отношение детей и к традиционной медицине в положительную сторону.
- Наметилась тенденция к личностному росту и повышению качества жизни подростков.

Таким образом, деятельность КДМ полезна не только для подростков и молодежи — плюсы этой работы уже ощущают и ощутят многие. Для самого подростка польза от работы КДМ состоит в том, что он приобретает реальную возможность получить медицинскую и психологическую помощь, информацию о сохранении здоровья, а значит легче пройти период взросления. Родители смогут быть спокойными за здоровье своих детей, уверенными, что ребенок получит всю необходимую помощь и необходимую информацию от квалифицированных специалистов, которую родитель не может или не хочет по каким-то причинам сообщать сам. Организатор (здравоохранения, образования, службы социальной защиты службы по делам молодежи) сможет организовать действительно эффективную, а значит — экономящую силы и средства службу, направленную одновременно как на лечение, так и на профилактику социально-значимых заболеваний. Государство получит сохраненный трудовой, оборонный и репродуктивный потенциал общества.

## Ведущие подростковые медицинские клинические и учебные центры

Одна из авторитетных и крупнейших молодежных клиник — **Центр здоровья подростков в Королевском детском госпитале Мельбурна (Австралия)**. Миссия центра: обучение вопросам подростковой медицины, врачебный прием подростков, адвокация здоровья подростков. Штат насчитывает 120 сотрудников, которые работают в четырех отделениях центра.

**1. Отделение оказания помощи подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.** Подростки могут получить помощь по проблемам репродуктивного здоровья и сексуальности, включая беременность и контрацепцию; соматического здоровья, психического здоровья, дерматологии, сексуального и домашнего насилия, профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов, наркотической и алкогольной зависимости. Имеется круглосуточный телефон доверия и информации, на котором работает средний медицинский персонал.

**2. Клиника общих проблем здоровья подростков (амбулаторный прием).** Она оказывает медицинскую помощь по традиционным проблемам пубертатного периода: хронические соматические заболевания, психоэмоциональная дезадаптация, проблемы, связанные с семьей и школой, рациональное питание и пищевое поведение, проблемы рискованного поведения (наркотики и алкоголь). В этой клинике работают специально подготовленные подростковые врачи.

**3. Клиника специализированной помощи подросткам.** Направлениями ее деятельности являются: здоровье подростков в школах, синдром хронической усталости, рациональное питание, подростковая гастроэнтерология и пульмонология, психическое здоровье. Отдельным блоком представлена подростковая гинекология.

**4. Стационар для подростков.** Задачей персонала является создание условий пребывания, комфортных для молодежи и учитывающих ее возрастные особенности. Отделение на 22 койки предназначено для лечения подростков с различными заболеваниями, так как оно использует потенциал всех сотрудников центра.

Исследовательская программа центра представлена следующими направлениями: школьный климат, профилактика насилия, подростки как молодые родители, наркотики и алкоголь, хронические заболевания, расстройства пищевого поведения, депрессия.

Важным для себя направлением центр считает работу с общиной (Community Programs), как с молодежью по программе «Равный — равному», так и работу с семьями подростков.

Клиника также служит учебно-методическим центром подготовки подростковых специалистов в системе непрерывного медицинского образования.

В США и Канаде многие специалисты по подростковой медицине работают в клиниках общего назначения. Крупные города, как правило, имеют специальные подростковые центры.

Известный подростковый центр находится в Нью-Йорке — **The Mount Sinai Adolescent Health Center**. Он был открыт в 1968 г. и сегодня является самым крупным многофункциональным центром для подростков (45 тыс. посещений в год).

Направления деятельности:

- профилактические службы,
- первичная медицинская помощь,
- неотложная помощь,
- специализированная помощь.

Врачи центра решают вопросы физического, репродуктивного и психического здоровья подростков, а также психосоциальные проблемы. Миссия клиники — помочь каждому подростку вырасти счастливым, здоровым и хорошо образованным с хорошими жизненными перспективами за счет профилактики и пропаганды здоровья.

Конфиденциальная помощь оказывается лицам в возрасте от 10 лет до 21 года: четыре дня в неделю с 9 до 17 часов, один день — с 12 до 20 часов и в субботу — в первую половину дня. Предлагаются специальные обучающие программы (школы) для подростков, например, по проблемам мужского здоровья. Проводится работа и непосредственно в школах и муниципальных образованиях — "Community Youth Program".

Реализуются программы «Равный — равному» и аутич-программы.

Центр расположен на базе университета, поэтому участвует в обучении студентов, резидентов по педиатрии и внутренним болезням и стипендиатов-исследователей по подростковой медицине. Сотрудники центра одновременно являются преподавателями университета и имеют ученые степени в педиатрии и психиатрии. Обязательны исследовательская работа и международное сотрудничество. Эта деятельность финансируется преимущественно грантами.

В странах Западной Европы количество и мощность медицинских центров для подростков не столь велико. Наиболее известен **Мультидисциплинарный центр здоровья подростков госпиталя университета Лозанны (Швейцария)**. Он располагается в отдельно стоящем двухэтажном здании в зеленой зоне города. Центр оказывает амбулаторную помощь молодежи в возрасте от 12 до 20 лет по различным проблемам пубертатного периода и социализации. В штате клиники врачи подростковой медицины, психологи, подростковые гинекологи, специалист по планированию семьи и диетолог.

Имеются оборудованные помещения и необходимые учебно-методические пособия для проведения тренингов с подростками по профилактике рискованного поведения. Оснащенный лекционный зал позволяет проводить интерактивное обучение по вопросам подростковой медицины, как студентов университета, так и специалистов по программе последипломной подготовки.

Научные исследования проводятся совместно с **Исследовательской группой по здоровью подростков** факультета медицины Лозаннского университета. В сфере интересов эпидемиологические и клинические исследования. Выполнены национальные опросы по здоровью и образу жизни подростков, включая сексуальность, по физической активности и питанию. Клинические исследования касаются проблем суицида, хронических заболеваний и нарушений пищевого поведения.

В России примером уникальной молодежной клиники обычно называют **Санкт-Петербургский городской консультативно-диагностический центр «ЮВЕНТА»**. Он был открыт в 1993 г. первым

в России. Изначальная ориентация на молодежь и подростков, следование принципам Доброжелательности, Доверия, Доступности и Добровольности сделали «Ювенту» настоящей клиникой, дружелюбной к молодежи.

За 15 лет работы Центр прошел путь от подросткового гинекологического кабинета Городского Центра репродукции, организованного в 1991 г., до одного из крупнейших в мире амбулаторно-поликлинического учреждения, оказывающего комплексную профилактическую, диагностическую, консультативную, лечебную, психологическую помощь детям и подросткам, направленную на сохранение их репродуктивного потенциала.

«Ювенту» ежегодно посещает более 30 тысяч подростков Санкт-Петербурга, Ленинградской области и других регионов России. Для получения помощи не требуется наличия полиса обязательного медицинского страхования. Подросткам до 18 лет, проживающим и обучающимся в Санкт-Петербурге, медицинские услуги оказываются бесплатно.

Основными задачами и направлениями работы Центра являются следующие виды деятельности:

- профилактика рискованного поведения, нарушения репродуктивной функции и ИППП у подростков;
- оказание психологической и психотерапевтической помощи подросткам с акцентуациями характера, нервно-психическими расстройствами, обусловленными нежелательной беременностью, сексуальным насилием, а также подросткам с нарушениями психологической ориентации и полоролевого поведения;
- диагностика и лечение соматической патологии, неблагоприятно влияющей на репродуктивную функцию подростков;
- выявление и лечение нарушений репродуктивной функции у подростков, профилактика и лечение осложнений беременности, оказание помощи жертвам сексуального насилия;
- диагностика и комплексное лечение ИППП, воспалительных, предопухолевых и опухолевых заболеваний половых органов;

- оказание косметологической помощи;
- восстановление репродуктивного здоровья юных пациентов путем нормализации их соматического, эндокринного и иммунного статуса;
- использование дополнительных немедикаментозных методов лечения в комплексном лечении заболеваний репродуктивной системы в периоде полового созревания.

В связи со спецификой центра наиболее посещаемыми в молодежной среде врачами являются дерматовенеролог, гинеколог, эндокринолог, косметолог.

Важным направлением работы специалистов Центра является оказание помощи уличным детям и подросткам, а также молодым людям, находящимся под опекой государства. Благодаря совместным усилиям специалистов «Ювенты», сотрудников организации «Гуманитарное действие», РОО «Взгляд в будущее», «Врачи — детям США», Центра «Прометей», а также Детского фонда ООН ЮНИСЕФ ежегодно получают помощь более 800 детей и подростков групп социального риска.

На базе ГКДЦ «Ювента» работает комфортный стационар кратковременного пребывания и круглосуточно работает «Телефон доверия» (251-00-33). За эти годы по тем или иным психологическим вопросам к специалистам обратились десятки тысяч абонентов. Телефонное консультирование стало одним из альтернативных способов оказания психотерапевтической помощи подросткам и психологической поддержки в кризисной ситуации.

Центр «Ювента» известен своими высококвалифицированными специалистами. Помимо предоставления ключевых услуг подросткам, клиника уделяет пристальное внимание подготовке кадров, а также повышению квалификации и совершенствованию навыков персонала.

Специалисты «Ювенты» совместно с преподавателями кафедры подростковой медицины СПбМАПО и кафедры детской и подростковой гинекологии ФУВ СПбГПМА активно обучают сотрудников новых молодежных клиник, открывающихся в Санкт-Петербурге и в других городах России. Происходит постоянный обмен опытом на националь-

ном и международных уровнях.

Единственным в России является и **Учебно-методический Центр по развитию клиник, дружественных к молодежи**. Он образован при кафедре подростковой медицины и валеологии СПбМАПО и клинической базе кафедры — Санкт-Петербургском ГКДЦ «Ювента» при поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ).

**Целью** деятельности Центра является разработка стратегии развития клиник, дружественных к молодежи, и обучения специалистов по медико-социальным проблемам подростков.

#### **Задачи центра:**

- организационное и методическое обоснование принципов деятельности клиник, дружественных к молодежи, в системе первичной медико-санитарной помощи;
- аттестация и аккредитация клиник, дружественных к молодежи;
- организация и участие в обучении специалистов клиник, дружественных к молодежи, совместно с кафедрами Академии;
- развитие новых форм обучения сотрудников молодежных клиник, включая дистанционное образование;
- организация и обеспечение работы русскоязычного отделения Европейской школы обучения вопросам здоровья подростков (Лозаннский университет, Швейцария);
- разработка и поддержание Интернет-сайта для специалистов молодежных клиник;
- создание регистра клиник, дружественных к молодежи, и работающих в них специалистов для рациональной организации дополнительного образования;
- организационно-методическая и практическая помощь органам и учреждениям здравоохранения субъектов Российской Федерации по созданию клиник, дружественных к молодежи, и повышению качества медико-социальной помощи, прежде всего, в области охраны репродуктивного здоровья молодежи; пропаганда ценности института материнства и отцовства;

- методическая поддержка вновь созданных клиник, дружественных к молодежи;
- анализ медико-социальной и экономической эффективности деятельности клиник, дружественных к молодежи;
- развитие сотрудничества с негосударственными организациями, работающими в области профилактики рискованного поведения подростков;
- участие в программах международного сотрудничества по обучению специалистов и медико-социальной помощи подросткам и молодежи.
- разработка и представление Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации предложений по медико-социальной поддержке подростков;
- организация и проведение съездов, конференций, семинаров и издание в установленном порядке методических рекомендаций.

## **КАФЕДРА ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ВАЛЕОЛОГИИ СПБМАПО В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ РОССИИ**

В отечественном, да и в мировом здравоохранении до сих пор нет единого мнения о том, нуждаются ли подростки в специальном медицинском обеспечении. Подростковая медицина в нашей стране переживала периоды расцвета и упадка. Созданная в первые годы советской власти, исходя из социальных потребностей подрастающего поколения и общества, система охраны здоровья подростков с разной степенью эффективности выполняла свою функцию. Сегодня реформа и возрождение подростковой медицины становятся актуальными задачами общества.

После Октябрьской революции государство взяло на себя охрану здоровья детей и подростков, возложив эти функции вначале на школьно-гигиенический отдел Народного комиссариата просвещения — Наркомпроса, а с 1918 г. — на отдел охраны здоровья детей и подростков Наркомата здравоохранения.

В Положении об охране здоровья детей и подростков (1921) были определены и разграничены обязанности народных комиссариатов здравоохранения и просвещения по укреплению здоровья подростков.

Основным звеном в системе охраны здоровья подростков были детские профилактические амбулатории и пункты по охране здоровья детей и подростков. Они оказывали профилактическую, общую врачебную и специализированную помощь. Особое внимание придавалось здоровью трудовых резервов. Для этих целей были введены должности врачей по охране здоровья подростков, и была развернута сеть профессиональных консультаций.

В 1936 г. вместо детских профилактических амбулаторий и пунктов по охране здоровья детей и подростков были созданы детские поликлиники. Функции медицинского обслуживания подростков, профотбор и

профориентация переданы в лечебно-профилактические учреждения для взрослых.

В предвоенные и первые послевоенные годы подростковые кабинеты в поликлиниках и амбулаториях прежде всего решали проблему медико-санитарного обслуживания учащихся ремесленных, железнодорожных училищ и школ фабрично-заводского обучения, а также работающих подростков.

В 1963 г. при поликлиниках, крупных промышленных предприятиях, производственно-технических училищах были организованы подростковые кабинеты, медицинский персонал которых обеспечивал лечебно-профилактическое обслуживание старших школьников, учащихся технических училищ и подростков, работающих на производстве. С этого времени на главных врачей административных территорий была возложена персональная ответственность за здоровье подростков.

Приказом Минздрава СССР № 729 от 08.08.75 был определен единый территориально-цеховой принцип оказания медицинской помощи подросткам в лечебно-профилактических учреждениях для взрослых, установлен порядок передачи подростков, достигших 15-летнего возраста из детских поликлиник в поликлиники для взрослых.

В начале 80-х годов была нормативно разработана система ежегодных профилактических осмотров и диспансерного наблюдения. Определенными льготами наделялись юноши-призывники.

Вместе с тем, организационные мероприятия по совершенствованию подростковой службы совершенно не касались профессиональной подготовки ее персонала. Подростковые врачи были единственными специалистами системы отечественного здравоохранения, которые не имели возможности получить первичную специализацию и соответствующую последипломную подготовку. Поэтому в 1981 г. при кафедре терапии № 3 Ленинградского ГИДУВа, руководимой профессором И. Н. Бухаловским, был организован цикл «Избранные вопросы терапии для врачей подростковых кабинетов». Цикл был проведен по инициативе Главного управления здравоохранения Ленгорисполкома и главного терапевта Ленинграда профессора И. Н. Бухаловского, за-

дачей цикла было повышение квалификации подростковых врачей Ленинграда.

С 1 января 1982 г. в связи с высокой потребностью в последипломной подготовке подростковых врачей цикл был преобразован в курс терапии подросткового возраста при кафедре терапии № 3 (руководитель курса — доцент С. М. Анисимова).

Уже через год (3 января 1983 г.) на базе этого доцентского курса была открыта первая в России кафедра физиологии и патологии подростков. Под этим названием она работала до 1996 г. Новое название — кафедра подростковой медицины и валеологии — появилось после объединения кафедры физиологии и патологии подростков и кафедры валеологии.

На должность первого заведующего кафедрой физиологии и патологии подростков с 1983 г., а с 1995 г. — кафедрой подростковой медицины и валеологии был избран профессор В. П. Медведев — проректор института по научной работе. С 2000 г. кафедрой руководит профессор А. М. Куликов.

Первыми сотрудниками кафедры физиологии и патологии подростков были профессор В. П. Медведев, доцент С. М. Анисимова, ассистенты В. Н. Петров, В. А. Четвериков, А. М. Куликов. К проведению занятий привлекались ведущие специалисты в области подростковой медицины — профессор А. Е. Личко (подростковая психиатрия), доцент Э. С. Рутенбург (врачебная профессиональная консультация подростков), профессор С. Б. Тихвинский (спортивная медицина).

В последующие годы на кафедре также работали профессора: В. П. Петленко, М. С. Усатенко; доценты: В. А. Ананьев, И. А. Крамов; ассистенты: В. Г. Сверкунов, В. В. Сергеева.

К середине 80-х годов в СССР сложились три кафедры физиологии и патологии подростков в системе последипломного образования врачей — в Ленинграде, в Москве и в Харькове. Сформировался и стабильный контингент врачей, проходивших обучение. Были налажены тесные контакты с регионами. Выездные циклы проводились на территории практически всей страны — от Калининграда до Комсомольска-на-Амуре. Эта деятельность коллектива была отмечена Почетными

грамотами МЗ Башкирской АССР, Чувашской АССР, МЗ Узбекской, Киргизской и Литовской ССР.

В этот период кафедрой были подготовлены нормативные документы Минздрава СССР в области последипломного образования: «Унифицированная программа последипломного обучения по военно-врачебной экспертизе» (1985), «Программа и учебный план для интернов-терапевтов по физиологии и патологии подростков» (1986), «Учебная программа циклов специализации и усовершенствования фельдшеров (медицинских сестер подростковых кабинетов поликлиник)» (1991).

Модель советского подросткового врача предусматривала необходимость его активного сотрудничества с педсоветами учебных заведений, администрацией предприятий, на которых работали подростки; общественными организациями, структурами исполкомов, комиссиями по делам несовершеннолетних, военными комиссариатами и пр. Данная модель требовала широкого межведомственного взаимодействия в охране здоровья подростков. С первых лет работы кафедра тесно взаимодействовала с Центральной военно-врачебной комиссией Министерства обороны и с военно-врачебной комиссией Ленинградского военного округа. Сотрудники кафедры проводили семинары для врачей медицинских комиссий при районных военных комиссариатах Ленинграда.

Вместе с тем, основным содержанием работы подростковой службы была лечебно-диагностическая деятельность. Профилактическое направление в виде санитарно-просветительной работы оставалось формальным. Медико-социальное направление включало подготовку молодежи к трудовой деятельности и к службе в армии. Подростковые врачи практически не имели представления о проблемах репродуктивного здоровья, тем более что эти вопросы абсолютно неэффективно пытались решать учителя школ в рамках курса «Этика и психология семейной жизни».

В системе отечественного здравоохранения не было специалиста, равного подростковому врачу по широте и объему решаемых задач. Поэтому часть его функциональных обязанностей «пересекалась» с

функциями работников Госсанэпиднадзора, врачебно-физкультурного диспансера, медицинской комиссии военкоматов, органов социальной защиты. Совпадали обязанности педиатра, школьного и подросткового врача в медицинском обеспечении учащихся 9–11 классов средней школы. Все годы существования советского государства медицинская помощь подросткам оказывалась однобоко. Приоритетным было медицинское обеспечение трудовых и оборонных ресурсов, но при этом забывали о необходимости охраны здоровья девушек.

Когорта подростков в медицинском обеспечении была искусственно разделена на две части между педиатрической и терапевтической службами: 10–14-летние («бесхозные», лишённые контроля за физическим, половым и интеллектуальным развитием, хотя это самая ранимая часть подросткового возраста) и 15–17-летние, где наблюдение и лечебно-оздоровительная работа уже велись, но весьма поздно и не всегда тщательно и компетентно.

В последние годы существования СССР не только у врачей, но и у руководителей лечебно-профилактических учреждений и даже органов здравоохранения нередко отсутствовало четкое представление о задачах медицинского обеспечения подростков, правах и обязанностях подросткового врача. В связи с этим подростковый врач нередко выполнял не свойственные ему функции, а организация его деятельности не всегда была рациональной.

Серьезной проблемой оказались противоречия, порой доходившие до явной конфронтации, и отсутствие преемственности в медицинском обеспечении подростков между детскими поликлиниками и поликлиниками для взрослых. Для устранения этих противоречий педиатры предлагали осуществлять наблюдение подростков до 18 лет в детских поликлиниках.

В 1988–1991 годах Минздрав СССР предпринял эксперимент, направленный на совершенствование медицинской помощи подросткам. Методическое обеспечение эксперимента и анализ его результатов были поручены кафедре физиологии и патологии подростков Ленинградского ГИДУВа.

Как выяснилось в ходе эксперимента, проведенного в Воронежской и Белгородской областях РСФСР и в Донецкой и Луганской областях УССР, медицинская помощь подросткам до 18 лет в детских поликлиниках не имеет преимуществ, порождает ряд трудно решаемых проблем, требует специализации педиатров в области физиологии и патологии подростков. Педиатры не были готовы к организации и проведению на должном уровне профилактических осмотров, решению вопросов экспертизы и осуществлению врачебной профессиональной консультации подростков. Этот вариант, не способствуя улучшению выявления и лечения заболеваний у подростков, снижал качество и доступность медицинской помощи детям и не освобождал полностью от работы с подростками врачей из лечебно-профилактических учреждений для взрослых.

К сожалению, завершённый в 1991 г. эксперимент и его результаты остались невостребованными в связи с распадом СССР. Однако идея окончательной передачи подростков в систему педиатрической службы оказалась доминирующей.

В 1992 г. Минздрав РФ рекомендовал медицинское обслуживание учащихся старших классов общеобразовательных школ проводить силами детских поликлиник. Приказ Минздрава РФ № 154 от 5 мая 1999 г. регламентировал наблюдение детей и подростков до 18 лет в участковой педиатрической службе.

Одним из основных мотивов этой реформы оказалось принятие Россией Конвенции ООН о правах ребенка, в соответствии с которой ребенком считается лицо в возрасте до 18 лет. С этого времени в нормативных документах Минздрава исчезает понятие «подросток» и появляется научно не оправданный термин «ребенок подросткового возраста». Институт подростковых врачей с 2002 г. был упразднен, а медицинское обеспечение подростков возложено на участковых педиатров. Кафедра лишилась своего контингента врачей-слушателей.

Кроме того, социально-экономические потрясения в России переходного периода серьезно изменили структуру заболеваемости подростков и, соответственно, потребности в формах медицинской помощи

этому контингенту и в формах подготовки специалистов, оказывающих медицинскую помощь подросткам.

Перед кафедрой стали следующие задачи и проблемы:

- доказать Минздраву, что подростки все-таки существуют, и они нуждаются в особых формах медицинской помощи и в специально подготовленном персонале,
- разработать новую концепцию подростковой медицины и валеологии
- разработать новые программы последипломного обучения.
- найти свое место на рынке образовательных услуг при неизбежной конкуренции с педиатрическими кафедрами.

Проведенная реформа ликвидировала институт врачей-терапевтов подростковых, однако не сняла необходимости последипломного обучения уже участковых педиатров по физиологии и патологии подростков, никогда не имевших, кстати, и додипломной подготовки по этой специальности.

Основными задачами кафедры на этом этапе развития стали пересмотр учебных программ, отстаивание идеи и разработка методологии подростковой медицины. Введенный в 90-е годы в обиход термин «ребенок подросткового возраста» фактически отрицал необходимость учета биологических, медицинских и социальных особенностей подростков, отрицал необходимость их особых потребностей в медико-социальной помощи.

Пониманию реальных практических проблем медицинской помощи подросткам способствовало участие кафедры в анализе состояния подростковой службы Санкт-Петербурга. Для аккредитации подростковой службы была разработана утвержденная администрацией города «Программа и технология аккредитации подростковой службы государственных и муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений» (1995). Сотрудники кафедры А. М. Куликов и В. П. Медведев провели аттестацию системы оказания медицинской помощи подросткам Санкт-Петербурга, разработали стандарты медицинской помощи подросткам и квалификационную характеристику подросткового врача и представили их Комитету по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга.

Анализ показал, что на современном этапе нашего общества в подростковой медицине и последипломном обучении медицинских работников должны присутствовать три составляющие:

- традиционные клинические проблемы (проблемы пубертатного развития, анатомо-физиологические особенности и закономерности течения заболеваний у подростков),
- школьная медицина (в структуре заболеваний у подростков преобладают нарушения и пограничные состояния, приобретенные в период обучения в школе, и которые могут быть эффективно устранены только в условиях организованных коллективов),
- медико-социальные аспекты (профилактика рискованного поведения и социально значимых заболеваний, решение широкого круга экспертных вопросов, социально-правовая помощь, охрана репродуктивного здоровья, формирование здорового образа жизни).

Многолетний опыт работы кафедры позволил разработать модель здоровья подростка «Цветок здоровья», отражающую все факторы, влияющие и определяющие его соматическое, психическое и репродуктивное здоровье. Поэтому не случайно основными научными направлениями кафедры остаются следующие проблемы:

- охрана соматического и репродуктивного здоровья подростков, взаимосвязь соматического и репродуктивного здоровья;
- изучение физического, полового, психосексуального и психосоциального развития подростков;
- методология комплексной оценки здоровья подростков,
- профилактика рискованного поведения подростков;
- половое воспитание подростков,
- влияние учебного процесса на здоровье учащихся и разработка способов лечебно-оздоровительной работы в условиях учебного заведения,
- организация медицинской помощи подросткам.

За четверть века работы на кафедре подготовлены 3 доктора и 5 кандидатов медицинских наук. Сотрудники кафедры приняли участие

в написании 24 монографий. Подготовлены 11 нормативных и методических документов Минздрава СССР и России, Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, 16 учебных пособий для врачей

Монография В. Н. Петрова «Физиология и патология обмена железа» была удостоена премии АМН им. М. П. Кончаловского (1987).

Пересмотр концепции последипломного обучения врачей оказанию медицинской помощи подросткам потребовал и определенных кадровых изменений. Сегодня на кафедре работают сертифицированные специалисты, позволяющие реализовать различные направления медицины: педиатрия, терапия, эндокринология, общественное здоровье и здравоохранение, сексология, диетология, гинекология и акушерство. Часть сотрудников кафедры являются консультантами ЮНИСЕФ и ВОЗ по проблемам охраны здоровья подростков.

Штатный состав кафедры в 2008 г. таков:

**Заведующий кафедрой:** проф. Куликов Александр Матвеевич

**Профессора кафедры:** Кротин Павел Наумович,  
Медведев Владислав Поликарпович

**Доценты:** Бельгов Алексей Юрьевич,  
Кришталь Татьяна Юрьевна,  
Чернова Людмила Александровна

**Ассистенты:** Аввакумова Алла Вячеславовна,  
Городкова Надежда Альбертовна,  
Егорова Лариса Владиславовна,  
Кожуховская Татьяна Юрьевна,  
Лоскучерявая Татьяна Дмитриевна

**Старший преподаватель:** Оганова Марина Арамовна

**Старший лаборант:** Панова Оксана Вадимовна

Высокая квалификация преподавателей позволяет широко варьировать тематику проводимых циклов и обеспечить слушателям возможность выработать целостный комплексный теоретический и практический взгляд на здоровье подростков.

Задачи кафедры — повышать квалификацию врачей различных специальностей, в первую очередь — педиатров, терапевтов, подростко-

вых врачей и врачей общей практики в области проблем, возникающих в критическом периоде развития — подростковом возрасте. Эту работу кафедра проводила и проводит на циклах: «Эндокринология и терапия подростков», «Физиология и патология подростков», «Заболевания внутренних органов у подростков», «Охрана репродуктивного здоровья подростков в детских поликлиниках», «Охрана здоровья подростков», «Медико-социальная помощь подросткам», «Питание здоровых и больных подростков», «Профилактика вредных привычек и рискованного поведения подростков (курение, алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция; инфекции, передаваемые половым путем)», «Клиники, дружественные к молодежи».

Другое направление в период 1995–2000 гг. заключалось в подготовке школьных врачей, педиатров, валеологов школ и преподавателей медицинских учебных заведений в области валеологии на циклах «Подростковая валеология», «Проблемы общей валеологии», «Валеология различных возрастных групп», «Валеология семьи», «Педагогическая валеология», «Новые психотехнологии в валеологии». В связи с кризисом валеологии как специальности к 2000 г. ее преподавание фактически было прекращено. Сегодня эти проблемы рассматриваются в курсе медико-социальной помощи подросткам.

Профилактическое направление в учебной и исследовательской работе основано на опыте участия сотрудников кафедры в международных программах: ECATOD (European Community Actions supporting primary health care action against Tobacco consumption and hazardous Drinking) — программа действий Европейского сообщества по предупреждению курения и алкоголизма), «Skills for Change» — («Искусство изменяться»), CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) — общенациональная программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний, раздел профилактические программы в школах; программы ВОЗ — «Implementing Country-wide Early Identification of Alcohol Consumption and Brief Intervention Strategies in Primary Health Care» («Внедрение стратегии раннего выявления потребления алкоголя и кратковременного вмешательства в первичную

медицинскую помощь»), программы ЮНИСЕФ (создание сети клиник, дружественных к молодежи) и в ряде международных проектов по профилактике различных форм рискованного поведения подростков.

Практическая подготовка врачей-слушателей осуществляется на клинических базах: в первом и самом крупном в России городском консультативно-диагностическом центре для детей «Ювента», в межвузовской поликлинике № 76 с созданным при участии кафедры центром «Студенты против наркотиков», в других стационарах и поликлиниках города.

Вполне очевидно, что реализация идеи полноценной медицинской помощи подросткам и подготовки персонала для работы с молодежью возможна только на основе комплексной медицинской помощи, междисциплинарного и межведомственного взаимодействия. Это получило свое отражение в монографиях, подготовленных при участии сотрудников кафедры. Впервые в России изданы руководства: «Подростковая медицина» (два издания: в 1999 и в 2006 гг.) «Основы ювенологии» (опыт комплексного межведомственного взаимодействия), «Ювенология и ювенальная политика в XXI веке», «Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья», «Клиники, дружественные к молодежи». За развитие этого направления в 2001 г. кафедра удостоена диплома Национальной академии ювенологии.

Важнейшей задачей кафедра считает адвокацию охраны здоровья подростков и подростковой медицины. Сотрудники кафедры участвуют в работе консультативного совета Минздрава по организации медицинской помощи подросткам и подготовке основных нормативных документов МЗ РФ, касающихся медицинской помощи подросткам.

Мнение о целесообразности выделения специальности врача по подростковой медицине было зафиксировано в решении Коллегии Минздрава в 2001 г., однако эта идея не получила дальнейшего развития. Педиатры начинают осознавать необходимость наличия такого врача, и уже в рамках педиатрической службы начинается выделение врачей-педиатров, работающих только с подростками. В связи с этим кафедра связывает перспективы обучения педиатров подростковой медицине с тесной кооперацией с кафедрами педиатрии СПбМАПО.

Такая работа уже начата и показала правильность выбранного пути. По нашему мнению, на этапе реформирования медицинской помощи подросткам целесообразна трехуровневая подготовка педиатров.

*Первый уровень* предусматривает курсы информации с освещением ключевых вопросов медицинского обеспечения подростков. Эти занятия в форме прерывистого цикла проводятся непосредственно в детских поликлиниках без отрыва педиатров от основной работы. Такой подход позволяет ввести в курс основных проблем максимальное количество врачей. На этом этапе основная задача заключается в изменении психологии педиатра в подходе к подростку не как «ребенку подросткового возраста», а как к лицу с принципиально отличными специфическими биологическими и медико-социальными особенностями.

*Второй уровень* представляет собой полноценный цикл тематического усовершенствования, проводимый на стационарной базе кафедры для тех врачей, основным направлением деятельности которых будет оказание медицинской помощи подросткам. Обучение включает рассмотрение вопросов пубертатного развития, особенностей течения заболеваний, медико-социальной помощи и организации медицинского обслуживания подростков. Принципиально новыми для специалистов детских поликлиник являются вопросы профилактики рискованного поведения и проблемы репродуктивного здоровья. Особый интерес проявляют педиатры к технологиям организации подростковой службы.

*Третий уровень* — это постоянно действующий семинар для подростковых врачей и педиатров, на котором разбираются узкие, частные и вновь возникающие проблемы.

Опыт отечественной и западной медицины указывает на необходимость изменения отношения к охране здоровья подростков: создание служб, способных решить проблемы здоровья и рискованного поведения современных подростков; подготовка персонала, способного, умеющего и желающего работать с подростками. Поэтому перспективы в работе кафедры также связаны с научно-практической разработкой проблем медико-социальной помощи подросткам и методическим обеспечением преподавания этих вопросов.

Совместно с ЮНИСЕФ и Минздравсоцразвития России будет продолжаться работа по созданию в России сети клиник, дружественных молодежи, как формы медико-социальной помощи подросткам и подготовка персонала этих учреждений. Уже показана целесообразность новой формы обучения — одновременной комплексной подготовки команды разных специалистов (врачи, средние медицинские работники, психологи, социальные работники) из одной и той же клиники. Во время таких циклов усовершенствования слушатели не только узнают об особенностях работы с подростками, но и формируют навыки умения работать единой командой.

Кафедра совместно с ее клинической базой — центром «Ювента» является Учебно-методическим центром по проблемам клиник, дружественных к молодежи (при поддержке ЮНИСЕФ). Его основные задачи:

- методическая помощь в организации и поддержка вновь созданных клиник, дружественных к молодежи (КДМ);
- аттестация и аккредитация КДМ;
- организация и участие в обучении специалистов КДМ совместно с кафедрами Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования.

В последние годы кафедра находится в тесном контакте с Европейским центром по подготовке профессионалов в области охраны здоровья подростков EuTEACH (European Training in Effective Adolescent Care and Health).

Авторитет и накопленный опыт кафедры позволили ей стать региональным отделением EuTEACH для русскоговорящих специалистов из стран СНГ, вовлеченных в охрану здоровья подростков. Ежегодно по программам EuTEACH будут проводиться Летние Санкт-Петербургские школы по подростковой медицине.

В настоящее время кафедра подростковой медицины и валеологии СПбМАПО осталась единственной в системе последиplomного педиатрического медицинского образования в России. Это налагает на сотрудников кафедры особую ответственность за их вклад в охрану здоровья подрастающего поколения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важность обеспечения полноценного здоровья и развития подростка в становлении социального потенциала общества не вызывает сомнения. Решение этих проблем возможно только в системе специально выделенного раздела здравоохранения — подростковой медицины, которая имеет свой объект, предмет и методологию. Ее следует рассматривать как составную часть ювенологии. Такой подход позволит обеспечить полноценную реализацию биологического и социального компонентов развития и здоровья подростков.

Неотложными задачами подростковой медицины на современном этапе являются подготовка компетентных специалистов в системе педиатрической службы, разработка адекватной для целей ювенологии моделей здоровья и развития подростка, повышения внимания общества к молодежной политике. Полноценная реализация задач подростковой медицины, с учетом психологических и социальных особенностей данного контингента, возможна в организованных коллективах молодежи и подростковых группах.

Сохранение и восстановление здоровья подростков представляется комплексной проблемой, решение которой зависит от сочетания усилий многих специалистов и органов власти. Здоровье подростка — забота не только врачей, но также семьи и общества в целом. Максимально реализовать специфику охраны здоровья подростков можно только в организованных коллективах молодежи. Воздействие на здоровье должно быть активным и воспитательным. В учебных заведениях наблюдение за развитием и оздоровлением подростков должно носить характер государственных программ, специально субсидироваться и быть органическим компонентом педагогического процесса.

Подростковая медицина сегодня требует сочетанной коллегиальной работы педиатров, врачей общей практики, школьных врачей, психологов. (школьных и медицинских), а также представителей «узких» медицинских специальностей. В этом отношении она мультидисциплинарна. Для успешной практической реализации ее требований необходим

продуктивный контакт и взаимопонимание с родителями, педагогами, представителями правоохранительных органов и органов власти, то есть не только междисциплинарный, но и межотраслевой (межсекторальный) подход.

Итак, можно со всей определенностью утверждать, что подростковая медицина сегодня актуальна, как никогда ранее. Только знание этого предмета, и самое главное, — организационная и клиническая реализация ее требований помогут смягчить надвигающуюся демографическую катастрофу