

## Анализ проблем медицинского обеспечения допризывников с недостаточностью питания

Е. В. Ануфриева, Н. В. Ножкина, И. О. Зайкова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения, кафедра детских болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Екатеринбург

### Резюме

*В структуре патологии, впервые выявляемой военно-врачебными комиссиями при медицинских осмотрах юношей допризывного возраста, лидирующее место принадлежит недостаточности питания. В ходе проведенного исследования изучены показатели соматического здоровья и физического развития юношей-подростков с дефицитом массы тела, факторы риска формирования недостаточности питания, выявлены основные проблемы в организации медицинской помощи допризывникам. Полученные результаты использованы для разработки рекомендаций по улучшению качества медицинского наблюдения за подростками с недостаточностью питания.*

**Ключевые слова:** подростки-допризывники, недостаточность питания, организация медицинской помощи.

В комплексе проблем подростковой медицины требуют специального рассмотрения вопросы медицинского обеспечения юношей в связи с их подготовкой к военной службе. По данным Центральной военно-врачебной комиссии, в 2007 году при первоначальной постановке на воинский учет (ППВУ) были признаны годными к службе в армии лишь 67% российских юношей, а в Свердловской области — менее 60%.

Наиболее частыми причинами освобождения от военной службы при ППВУ являются: недостаточность питания — 26%, психические расстройства — 20%, болезни костно-мышечной системы — 18%. При этом у каждого третьего юноши заболевание выявлено впервые, что в значительной мере обусловлено недостаточно качественным проведением медицинского обследования в учреждениях здравоохранения [1-3].

**Цель исследования** — разработать мероприятия по совершенствованию медицинского обеспечения юношей допризывного возраста с недостаточностью питания на основе оценки состояния их здоровья и анализа проблем организации медицинской помощи подросткам.

*Е. В. Ануфриева — ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО УГМА Росздрава;*

*Н. В. Ножкина — д. м. н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО УГМА Росздрава;*

*И. О. Зайкова — к. м. н., доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета.*

### Материалы и методы исследования

В ретроспективном исследовании проанализированы показатели заболеваемости и физического развития юношей 15-17 лет по материалам базы данных Министерства здравоохранения Свердловской области за 2007 год (25625 наблюдений), отчетов областной военно-врачебной комиссии (ОВВК) Свердловской области за 2002-2007 гг., а также первичной документации детских поликлиник — ф.112/у (221 шт.). В ходе одномоментного исследования выполнена оценка физического развития подростков (1440 чел.). Для выявления факторов риска развития недостаточности питания (НП) в подростковом возрасте проанализированы данные «Историй развития ребенка» (ф. 112/у) в 2-х группах 16-летних юношей: 1 группа — подростки с дефицитом массы тела (115 чел.), 2-я группа — юноши с нормальной массой тела (106 чел.). Анализ качества оказания медицинской помощи юношам допризывного возраста выполнен на основании экспертной оценки медицинской документации участковых педиатров (ф. 112/у — 220 шт.), а также по результатам анонимного анкетирования руководителей амбулаторно-поликлинических учреждений педиатрической сети и участковых педиатров (420 анкет). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6.0 for Windows, Vortex 7.08. Для оценки достоверности использован критерий Стьюдента  $t$ , статистически значимой считалась разница показателей при  $p < 0,05$ .

## Результаты и их обсуждение

Анализ базы данных диспансеризации 15-17-летних подростков показал, что в 2007 году в Свердловской области в ходе медицинских осмотров были признаны больными 77,4% юношей, из них 46,9% — имели хронические заболевания. Ранее состояли на диспансерном учете 63% юношей, впервые взяты на Д-учет — 19,4%. К III-V группам здоровья отнесено 25,6% подростков. Из общего числа больных у 44,7% имелось по 2-3 заболевания, у 7,5% — 4 и более заболеваний.

По данным отчетов военкомата Свердловской области, за последние 5 лет доля патологии, впервые выявленной военно-врачебными комиссиями (ВВК), увеличилась на 40% и в 2007 году составила 34,5% от общего числа зарегистрированных у допризывников заболеваний. Более 30% юношей ежегодно направляются военкоматами в медицинские учреждения для дополнительного обследования. В структуре впервые выявленной у допризывников патологии первое место (39,2%) занимает недостаточность питания, которая, согласно статье 13 «Расписания болезней», является одним из медицинских противопоказаний к военной службе [4].

Оценка статуса питания юношей 15-17 лет показала, что в 2007 году при профилактических осмотрах были выявлены отклонения от нормы у 34% юношей, в том числе у 17,5% — за счет дефицита массы тела (ДМТ) и у 8,0% — за счет избыточной массы тела. Результаты специально проведенных нами исследований физического развития подростков свидетельствуют о более высоких показателях отклонений — до 30,2% ДМТ у 17-летних юношей. В целом дисгармоничное физическое и поло-

вое развитие имели 37,7% современных юношей-подростков, из них у 22,8% наблюдалось отставание темпов полового созревания [5].

Сравнительное ретроспективное изучение повозрастной динамики морфофункционального статуса (МФС) в двух группах подростков выявило характерные особенности, обусловленные дисгармоничным физическим развитием (ФР) юношей с НП, преимущественно за счет сниженных показателей массы тела в течение всего периода взросления (табл. 1). Так, доля лиц с гармоничным ФР в группе подростков с нормальным статусом питания (в 16 лет) достоверно выше, чем у подростков с НП — 52,8% и 35,9%, соответственно ( $p < 0,001$ ). В то же время в группе с НП за период от 1 года до 16 лет доля мальчиков с резко дисгармоничным ФР увеличилась в два раза — с 14,6% до 29,8%, а в группе с нормальным трофологическим статусом таких детей не было.

Юноши с НП на протяжении всего периода детства имели достоверно более низкие показатели роста (табл. 2), при этом доля низкорослых в данной группе подростков практически не изменилась: 30% в возрасте 1 год и 26,9% — в 16 лет. Вместе с тем, среди подростков с НП встречаются различные варианты физического развития. В частности, нами отмечено в этой группе достоверное увеличение доли юношей с ростом выше среднего и высоким — от 20,0% в 1 год до 42,7% — к 16 годам ( $p < 0,01$ ); 26,9% имели общую задержку физического развития (сниженные показатели массы и роста), а 42,7% — «физиологический» ДМТ (высокие темпы роста при отставании массы тела).

Сравнительное изучение особенностей анамнеза в группах подростков с НП и с нор-

Таблица 1. Динамика распределения мальчиков по характеристикам морфофункционального статуса в возрастные периоды от 1 года до 16 лет, %

МФС	Масса тела	Гр.	Возрастной период (лет)					
			1	3	6-8	12	14-15	16-
Резко дисгармоничный	Низкая	1	14,6	28,8	37,5	21,1	36,1	29,7
		2	0	0	0	0	0	0
Дисгармоничный	Ниже средней	1	22,5*	27,1	28,0	47,4	33,3	34,8
		2	2,9	16,0	0	0	0	0
Гармоничный	Средняя	1	36,0*	27,1*	28,9*	26,3*	29,3*	35,9*
		2	60,0	64,0	52,5	44,4	68,4	52,8
Дисгармоничный	Выше средней	1	21,3*	15,3	2,1*	5,3*	1,3*	0
		2	37,1	20,0	35,0	55,6	31,6	47,2
Резко дисгармоничный	Высокая	1	5,6	1,7	3,5	0	0	0
		2	0	0	12,5	0	0	0

Примечание. \* — различия показателей в сравнении с группой 1 статистически достоверны,  $p < 0,05$ ; группа 1 — юноши с недостаточностью питания,  $n=115$ ; группа 2 — юноши с нормальной массой тела,  $n=106$ .

Таблица 2. Динамика распределения мальчиков по показателям линейного роста в возрастные периоды от 1 до 16 лет, %

Рост	Группа наблюдения	Возрастной период (лет)					
		1	3	6-8	12	14-15	16
Низкий	1	15,6*	3,3	7,7*	5,9*	11,4*	11,2*
	2	2,9	0	0	0	0	0
Ниже среднего	1	14,4	15,0*	27,3*	17,6*	20,0*	15,7
	2	22,9	0	0	0	5,3	19,4
Средний	1	50,0	53,3*	50,8*	35,3*	37,1	30,3
	2	60,0	32,0	77,5	77,8	31,6	36,1
Выше среднего	1	18,9	25,0*	8,2*	35,3*	17,1*	24,7
	2	14,3	60,0	22,5	22,2	47,4	30,6
Высокий	1	1,1	3,3	6,0	5,9	14,3	18,0
	2	0	8,0	0	0	15,8	13,9

Примечание. \* — различия показателей в сравнении с группой 1 статистически достоверны,  $p < 0,05$ ; группа 1 — юноши с недостаточностью питания; группа 2 — юноши с нормальной массой тела.

мальным физическим развитием позволило выявить возможные факторы риска развития НП, начиная с раннего возраста. Как видно из табл. 3, к ним относятся: низкие показатели весо-ростового индекса (ИМТ) при рождении, перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС), аномалии развития, ранний перевод на искусственное вскармливание, частые ОРВИ, наличие очагов хронической инфекции к 3 годам. В подростковом возрасте юноши с НП имели большее количество хронических заболеваний и функциональных отклонений, чем их сверстники с нормальной массой тела, при этом наиболее часто регистрировались болезни костно-мышечной системы, системы кровообращения и органов пищеварения.

Определенное влияние на развитие НП оказывают также факторы социальной среды. Так, подростки, воспитывающиеся в интернатных учреждениях, в 48,2% имели НП, тогда как воспитывающиеся в семье — в 15,0%. Среди школьников общеобразовательных учреждений доля лиц с НП ниже, чем среди учащихся ПТУ и школ-интернатов — 14,1% и 22,6%, соответственно.

Согласно действующим приказам Министерства здравоохранения РФ и Министерства обороны РФ, координирующая роль в медицинском наблюдении подростков принадлежит участковому врачу-педиатру, который в полной мере отвечает за своевременность, комплексность и необходимый объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы, а также медицинское обеспечение подготовки юношей к службе в армии [6-9]. В Свердловской области процесс перехода к медицинскому обслуживанию подростков 15-17 лет в педиатрической сети осуществляется с 2002 года. Вме-

сте с тем, результаты проведенного нами социологического исследования показали, что по некоторым позициям педиатрическая служба области пока не вполне готова к эффективному оказанию медицинской помощи подросткам до 18-летнего возраста. Так, около 50% опрошенных участковых педиатров отметили, что недостаточно осведомлены по вопросам патологии и физиологии подросткового возраста; только 35,7% педиатров прошли обучение по вопросам подготовки юношей к постановке на воинский учет; 67,5% — не знают положений нормативно-правовых актов по медицинскому обеспечению подготовки граждан к военной службе и военно-врачебной экспертизы.

В ходе опроса только 70% педиатров подтвердили, что знают полноту охвата профилактическими осмотрами 15-17-летних юношей на своем участке. По мнению респондентов, в ходе обязательных медицинских осмотров подростки не в полном объеме осматриваются врачами-специалистами, такими как: стоматолог (72,7%), ортопед (менее 50%), эндокринолог (20%), уролог (не более 12%), а участие педагога-психолога отмечено лишь в 9% анкет. Такое состояние профилактической работы с подростками нельзя признать удовлетворительным.

Наряду с этим, педиатры выделяют ряд проблем, обусловленных спецификой подросткового контингента: отсутствие опыта работы с подростками (40,0%); наличие у подростков форм рискованного поведения, более свойственных взрослому населению — употребление алкоголя, наркотиков, курение, сексуальные отношения (52,7%); трудность вызова подростков на прием (50,0%); а также отсутствие заинтересованности родителей в улучшении здоровья подростка (50,0%).

Часть проблем амбулаторного звена респонденты связывают с ограниченными ресурсными возможностями детских поликлиник: дефицитом кадров — как «подростковых» врачей (52,7 на 100 опрошенных), так и врачей-специалистов (29,3%), слабой материально-технической базой (26,7%), отсутствием необходимой методической литературы (36,0%). Весьма актуальна проблема направления подростков на госпитализацию (85%) и оздоровление (18,7%). Также, по мнению респондентов, в детских поликлиниках не всегда соблюдается принцип преемственности с другими медицинскими учреждениями (63,3%) и с военкоматами (22,4%).

Экспертная оценка первичной документации на педиатрических участках подтверждает наличие дефектов в обеспечении полноты и качества медицинского наблюдения за подростками. Результаты свидетельствуют, что наиболее качественно осуществляется наблюдение за ребенком на первом году жизни, а после того, как дети поступают под наблюдение медработников образовательных учреждений, сведения о состоянии их здоровья и развития часто не полные. Так, регулярно наблюдались участковым педиатром до 16-летнего возраста лишь 36,2% юношей. В 70% случаев в «Истории развития ребенка» у 15-16-тилетних подростков отсутствовали результаты обязательных медицинских осмотров, в 56,7% — сведения об антропометрии, в 74,4% — данные о группе здоровья, а у 50,4% юношей с НП отсутствовали заключения по осмотру специалистами. Лишь у 19,8% юношей с НП, установленной на ВВК, в медицинской документации были соответствующие сведения. На диспан-

серном учете у врачей-специалистов состояли лишь 12,6% 16-летних подростков с НП, а 45% — наблюдались участковым врачом только при возникновении острого заболевания. Среди тех, кто регулярно наблюдался участковым педиатром, 57,1% имели по 2-4 хронических заболевания, а 14,3% — по 5-7 заболеваний; в 10,4% случаев подростки с ДМТ были необоснованно отнесены к 1 группе здоровья.

Таким образом, система медицинского динамического наблюдения за подростками требует существенного совершенствования на основе неуклонного обеспечения принципов преемственности, своевременного обмена информацией между медицинскими работниками образовательных учреждений, ВВК и участковыми педиатрами, соблюдения требований по объему профилактических обследований, регламентированных действующими нормативно-методическими документами [10-14].

С целью улучшения медицинского обеспечения допризывников с недостаточностью питания нами предлагаются рекомендации по наблюдению и ведению подростков с данной патологией. НП у подростков должна быть своевременно выявлена в ходе проведения медицинских осмотров в декретированные сроки, а результаты внесены в первичную медицинскую документацию образовательного учреждения (ф.026у-2000 и ф.030) и переданы (копии) участковым педиатрам по месту жительства подростков для внесения в ф.112/у. Рекомендуются информировать родителей о проблемах здоровья подростка по результатам проведенных профилактических осмотров.

Подросток с НП подлежит постановке на диспансерный учет. Участковому педиатру сле-

Таблица 3. Факторы риска развития недостаточности питания у мальчиков-подростков, %

Факторы риска	Группа 1, n=115	Группа 2, n=106	p
Период раннего детства			
ИМТ при рождении менее 60 %	28,6	5,6	<0,01
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	47,4*	27,8	<0,01
ППЦНС	79,1*	49,2	<0,01
Аномалии развития и врожденные пороки	48,4*	33,3	<0,01
Ранний перевод на искусственное вскармливание	40,7*	10,1	<0,01
Частые заболевания в возрасте 0-12 мес.	33,6*	2,1	<0,001
Частые заболевания в возрасте 1-3 года	58,3*	22,6	<0,01
Наличие очаговой хронической инфекции к 3 годам	57,1*	22,2	<0,01
Подростковый период			
Наличие 4-х и более хронических заболеваний	12,5*	3,9	<0,01
Болезни костно-мышечной системы	30,8*	20,2	<0,05
Болезни системы кровообращения	37,1*	26,5	<0,05
Болезни органов пищеварения	38,2*	27,9	<0,05

Примечание. Группа 1 — юноши с НП, группа 2 — юноши с нормальной массой тела.

дует выяснить причины развития НП. С этой целью необходимо провести комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. В анамнезе — обратить внимание на наличие синдрома задержки внутриутробного развития (ЗВУР), перинатальной патологии, врожденных пороков развития, дефектов вскармливания и кормления; динамику физического развития в разные возрастные периоды и соответствие показателей возрастным региональным нормативам; частоту и длительность заболеваний, наличие хронической патологии; выяснить возможность отягощенной наследственности по развитию наследственно-конституционального типа ДМТ, наличие генетических синдромов (Марфана, Клайнфельтера, Рассела-Сильвера и др.). Следует выяснить социальный уровень семьи, характер и рацион питания подростка, наличие вредных привычек (курение, алкоголизация, наркотики), уровень физической активности; возможные контакты с больными туберкулезом.

При опросе пациента необходимо выявить жалобы, оценить состояние аппетита, период времени, в течение которого произошло снижение массы тела, степень и скорость ее снижения. При объективном осмотре проводится антропометрия (рост, масса, ИМТ, тип телосложения), визуальная оценка состояния подкожно-жировой клетчатки, определяется, за счет каких компонентов сформировалась НП (костной, мышечной, жировой массы или всех компонентов). Оценивается состояние соматического здоровья, психики, интеллекта, уровня полового развития. При объективном обследовании особое внимание обращается на состояние щитовидной железы, органов пищеварения (наличие гастроинтестинальных симптомов), сердечно-сосудистой системы.

При клинико-лабораторном обследовании проводятся: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, трансаминазы, мочевины, креатинин), глюкозо-толерантный тест, копрологическое исследование, HbsAg, электрокардиография, флюорография, фиброгастроуденоскопия. Назначаются консультации гастроэнтеролога, невролога, окулиста, ЛОР-врача, стоматолога, по показаниям — консультации эндокринолога, кардиолога, паразитолога, врача-генетика.

При выявлении хронической патологии подросток берется на диспансерный учет соответствующим врачом-специалистом, а участковый педиатр вызывает подростка на контрольное обследование 1-2 раза в год. Если хронического заболевания не выявлено, юноша с недостаточностью питания состоит на дис-

пансерном учете участкового педиатра во II группе здоровья с контролем каждые 6 месяцев.

По результатам проведенного обследования участковый педиатр направляет информацию медицинскому работнику учебного заведения, в котором учится данный подросток, с указанием полного диагноза врача-специалиста, осуществляющего Д-учет, а также с рекомендациями по режиму питания и группе для занятий физической культурой. Наряду с этим, предписывается ежемесячный контроль массы тела и ИМТ для анализа данных в динамике.

Реабилитация детей и подростков с ДМТ должна осуществляться на основе принципов непрерывности, комплексности, индивидуального подхода, преемственности на различных этапах (образовательное учреждение — поликлиника — дневной или круглосуточный стационар — санаторий и/или оздоровительный лагерь) и при активном участии семьи.

## Выводы

1. Удельный вес патологии, впервые выявляемой военно-врачебными комиссиями у допризывников, составляет более 30%, при этом первое место (39%) занимает недостаточность питания.

2. По результатам диспансеризации 77% юношей 15-17-лет признаны больными; 37,7% имеют дисгармоничное физическое развитие, в том числе 29,4% — за счет дефицита массы тела; у 22,4% выявлено отставание темпов полового развития.

3. Факторами риска развития недостаточности питания у подростков являются наличие перенесенной перинатальной патологии, частые заболевания и формирование очагов хронической инфекции в периоде раннего детства, а также раннее формирование хронических заболеваний органов пищеварения и кровообращения.

4. Основные проблемы в организации медицинской помощи подросткам связаны с недостаточным кадровым и материально-техническим обеспечением ЛПУ, уровнем профессиональной подготовки педиатров по вопросам здоровья подростков и подготовки юношей к военной службе. Выявленные дефекты в качестве медицинских осмотров допризывников и их медицинском наблюдении подтверждают отсутствие четкой схемы взаимодействия между участковыми педиатрами и медицинскими работниками образовательных учреждений.

5. Разработанная схема динамического наблюдения за детьми с дефицитом массы тела позволит улучшить качество выявления и оздоровления подростков с данной патологией.

## Литература

1. Ядчук В. Н., Токарев В. Д., Столяров Г. Б., Ковальский О. Н. Укрепление состояния здоровья юношей 15-16 лет — залог комплектования вооруженных сил России и других войск здоровым пополнением. Материалы I Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья. М., 2008; с. 197.
2. Куликов В. В., Ядчук В. Н., Берг В. Г. Инновационные технологии в системе медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе. ВМЖ, 2005; 5: 68-71.
3. Грошев В. Н., Моргунова Н. А., Полова Н. В., и др. Лечебно-оздоровительные мероприятия среди подростков подлежащих призыву на военную службу. Здравоохранение РФ. 2003; 1: 57-58.
4. Постановление Правительства РФ от 25.02.03 №123 Положение о военно-врачебной экспертизе. Москва, 2003.
5. Ануфриева Е. В., Насыбуллина Г. М., Ножкина Н. В. Сравнительная характеристика физического развития подростков Свердловской области. УРМЖ 2007; 11: 30-34.
6. Приказ МЗ РФ от 5.05.1999 №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
7. Приказ МО и МЗ РФ от 3.05.01г. №240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе».
8. Приказ МЗиСР от 4.08.06 №584 О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».
9. Приказ МЗиСР РФ от 18.01.2007 г. №28 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового».
10. Приказ МЗ РФ от 9.12.04. №310 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».
11. Приказ МЗ РФ от 14.03.95 №60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
12. Приказ МЗ РФ от 3.07.2000 №241 «Об утверждении Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений».
13. Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ от 15.01.2008 № 207-ВС «Методические рекомендации по организации деятельности медицинскими: работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях».
14. Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ от 15.08.2008 №206-ВС «Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях».

## Медико-санитарная часть как организационная форма медицинского обслуживания работников непромышленной сферы

Л. Ю. Янкина, Н. В. Брыксина

Поликлиника Главного управления Банка России по Свердловской области, г. Екатеринбург

### Резюме

*Целью работы является оценка эффективности медико-санитарной части, как формы организации медицинского обеспечения работников непромышленной сферы на примере медсанчасти Главного управления Банка России по Свердловской области. Исследованы социальный, медицинский и экономический аспекты деятельности организации. Сделан вывод, что медсанчасть является одной из возможных форм организации медицинского обслуживания работающих.*

*Ключевые слова: эффективность, медико-санитарная часть, здоровье работающих.*

### Введение

В Российской Федерации в 2006 г. численность населения трудоспособного возраста составляла 90,3 млн. человек, или 63,4% от всех жителей страны, вместе с тем, согласно прогнозам, разработанным специалистами Министерства экономического развития и торговли в период до 2015 гг. российский рынок труда будет ежегодно терять около 1 млн. человек, и максимум сокращения придется на 2010-2015 гг. В последнее десятилетие также отмечается

ухудшение здоровья работоспособной части населения страны: наряду с высокими показателями смертности, в несколько раз превышающими уровень европейских стран, наблюдается рост профессиональной заболеваемости, производственного травматизма, заболеваемости болезнями системы кровообращения, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата [1].

Проведенные в России в конце XX столетия радикальные социально-экономические преобразования обусловили изменения форм собственности и трудовых отношений. Акционирование предприятий, развитие малого и среднего бизнеса, сформировали новый слой

Л. Ю. Янкина — гл. врач поликлиники Главного управления Банка России по Свердловской области;

Н. В. Брыксина — к. э. н., доцент кафедры экономики и управления в здравоохранении Уральского гос. экономического университета, г. Екатеринбург.