

ПАВ, замена содержательных и познавательных форм досуга на пассивные и развлекательные формы, часть школьников испытывают психо-эмоциональный дискомфорт. Значительное количество подростков имеют невысокую мотивацию к сохранению своего здоровья и не осознают необходимость получения дополнительных гигиенических знаний.

С целью формирования здорового образа жизни школьников необходимы профилактические мероприятия, такие как:

- организация гигиенического воспитания и обучения навыкам здорового образа жизни в школе с учетом возрастнo-половых особенностей и типа учебного учреждения с вовлечением учителей, учащихся и их родителей в школьные программы укрепления здоровья;
- рациональная организация учебно-воспитательного процесса в школе, обеспечиваю-

щая оптимальную учебную нагрузку и режим обучения;

- развитие сети учреждений досуга для подростков и молодежи, дополнительного образования для занятий творчеством, физкультурой и спортом, секционной и кружковой работы в школах.

Литература

1. Журавлева И. В. Поведенческие факторы здоровья подростков. Социология медицины. 2002; 1: 32-47.
2. Кучма В. Р., Демина И. А., Демин А. К. и др. Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в образовательных учреждениях. Гигиена и санитария. 2000; 3: 52-56.
3. Онищенко Г. Г., Баранов А. А., Кучма В. Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды. М.: Издательство ГУ Научный центр здоровья детей, 2004. 154.

Анализ ограничения годности к военной службе в связи с недостаточностью питания юношей призывного возраста

Е. В. Ануфриева, Н. В. Ножкина

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения

Резюме

Целью данного исследования явилось на основе анализа распространенности и причин дефицита массы тела среди призывников, разработать рекомендации по совершенствованию медицинского обслуживания юношей-подростков с дефицитом массы тела. По результатам исследования установлено, что среди призывников г. Екатеринбурга распространенность дефицита массы тела в среднем за 2003-2006 гг. составила 27,7% от числа признанных ограниченно годными к военной службе. Недостаточность питания при определении отсрочки от службы в армии расценивается в качестве сопутствующей патологии других заболеваний. Система оказания медицинской помощи на этапе подготовки юношей 15-17 лет к первичной постановке на воинский учет нуждается в совершенствовании, также как и взаимодействие педиатрической службы с военно-врачебными комиссиями. Для объективной оценки физического развития юношей, более качественного проведения диспансеризации необходимо разработать региональные стандарты физического развития подростков в возрасте 15-17 лет.

Ключевые слова: подростки, призывники, недостаточность питания, ИМТ, факторы риска.

Несение военной службы предъявляет высокие требования к состоянию всех жизненно важных систем организма, а несоответствие повышенным нагрузкам физического развития

и адаптационных возможностей призывников вызывает расстройства здоровья, приводит к снижению работоспособности. В возрасте 17-18 лет у юношей в целом заканчивается формирование основных физических и социально-психологических характеристик, обуславливающих здоровье и годность к службе в армии [1]. Результаты исследований последних лет свидетельствуют, что в настоящее время у под-

Елена Владимировна Ануфриева – ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Наталья Владимировна Ножкина – д. м. н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

ростков наблюдаются процессы децелерации роста и развития, грациализации телосложения, уменьшения весоростовых соотношений. По заключениям ряда авторов, в последнее десятилетие происходит нарастание доли лиц, имеющих дефицит массы тела (ДМТ) — от 12,5 до 20-25%, в то время как избыточную массу имеют около 5-6% подростков [2, 3, 4], среди юношей доля лиц с ДМТ в 1,5 раза больше, чем среди девушек [5].

Состояние здоровья и уровень физического развития юношей во многом определяют возможность их службы в армии. По данным Центральной военно-врачебной комиссии Минобороны России, в 2005 году показатель годности к военной службе при первоначальной постановке граждан на воинский учет (ППГВУ) составил 66,4%, а при призыве на военную службу — 70,1%. Ежегодно признаются временно негодными к военной службе более 96 тыс. юношей с недостаточностью питания (НП), что составляет почти половину всех направляемых на лечение в период от постановки на учет до призыва в армию. Но, несмотря на достаточно широкое распространение ДМТ среди юношей призывного возраста, данной проблеме пока не уделяется должного внимания, отсутствуют четкие алгоритмы обследования и лечения данной группы лиц, не разработаны реабилитационные программы для подлежащих призыву на военную службу юношей с ДМТ.

Целью данного исследования явилось изучить распространенность недостаточности питания у юношей до- и призывного возраста в Свердловской области, проанализировать организацию и качество медицинской помощи для данной группы лиц.

Материалы и методы

В ретроспективном исследовании проанализированы отчеты областной военно-врачебной комиссии Свердловской области (ОВВК) за 2001-2006 гг. Наряду с этим на базе трех районных военкоматов (РВК) г. Екатеринбургa выполнен углубленный анализ личных дел призывников 1985-1987 года рождения, признанных ограниченно годными к военной службе (ОГВС) во время призывов 2003-2006 гг. — всего 2361 чел. Был проанализирован имеющийся в медицинской документации РВК комплекс данных, характеризующих состояние здоровья призывников, с особым вниманием к статусу питания. Использовалась оценка индекса массы тела (ИМТ) по классификации, рекомендованной ВОЗ, применяемой при военно-врачебной экспертизе [6], согласно которой ДМТ устанавливается при ИМТ менее 18,5 кг/м², также выделяются три степени гипотрофии: 1-я (ИМТ 18,4-17,0 кг/м²) 2-я (ИМТ 16,9-

15,0 кг/м²) 3-я (ИМТ менее 15,0 кг/м²). Для изучения факторов риска развития ДМТ проведено анонимное анкетирование юношей до- и призывников с ДМТ, было опрошено 215 человек. Анкета включала 4 блока вопросов: социальный статус (12 вопросов), характеристика режима питания (14 вопросов), вредные привычки (13 вопросов), медицинская активность (12 вопросов), всего 51 вопрос.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным отчетов ОВВК за период с 2001 по 2006 г. показатель годности к военной службе при первоначальной постановке граждан на воинский учет (ППГВУ) достоверно снизился на 4,4% (в показателях наглядности) и составил в 2001г. — 62,1%, в 2006 — 59,5% ($p < 0,001$), а при призыве — 60,4 и 60,8%, соответственно. За последние 5 лет частота выявляемости НП достоверно увеличилась — с 1,0 на 100 освидетельствованных в 2001 году до 6,6 в 2006 году, а в структуре впервые выявленной патологии ее доля возросла с 15,3% до 39,2%, соответственно ($p < 0,001$). Отчасти такие заметные изменения в показателях, по-видимому, могут объясняться повышением требовательности при выявлении данной патологии в соответствии с новым положением о военно-врачебной экспертизе [6]. При призыве показатель первичной выявляемости НП в эти годы колебался на уровне 0,1- 0,2 на 100 освидетельствованных. Важно отметить, что НП может являться как основным заболеванием, на фоне которого происходит развитие или усугубление сопутствующей патологии, так и развиваться на фоне уже имеющихся заболеваний. Проведенное нами исследование показало, что, как правило, НП не рассматривается ВВК в качестве основной причины ограниченной годности к военной службе, и в 95% случаев учитывалась совместно с какой-либо другой патологией. Так, 50,0% юношей с НП имели по 2-4 хронических заболевания, а 25,7% — по 5-7 заболеваний. При этом в качестве основной причины отсрочки были признаны: психические расстройства и расстройства поведения — 34,6%, болезни системы кровообращения — 28,8%, пищеварения — 28,4%, костно-мышечной системы — 25,6%, заболевания глаза и придаточного аппарата — 24,2%.

Изучение первичной медицинской документации РВК показало, что фактически имеющийся ДМТ не выявлялся при ППГВУ в среднем в 65,2% случаев и при призыве — в среднем в 37,9% случаев. При этом записи о наличии НП были лишь у 38,1% юношей, у которых в документации имелись данные о низком ИМТ. В данной группе у 4,4% имелись сведения о наличии астении с детства; диаг-

ноз «задержка физического развития» был поставлен лишь в одном из исследуемых РВК, где доля лиц с данной патологией составила 10,7% среди юношей с ДМТ и 2,0% — среди всех ОГВС в данном районе.

На основании дополнительно выполненных нами расчетов ИМТ установлено, что доля лиц с ДМТ в разных РВК колебалась от 27,3 до 30,5% среди общего числа юношей ОГВС, в то время как по данным ВВК, эта величина составляла 5,5-7,9%. Средние значения ИМТ в период ППГВУ и при призыве составили 17,56 и 17,98 кг/м², соответственно (различия статистически достоверны, $p < 0,01$). Распределение лиц по группам в зависимости от степени гипотрофии было следующим: 1-ю степень имели в среднем 63,2-76,8% юношей с ДМТ при ППГВУ и 50,0-66,4% при призыве; 2-ю — соответственно 34,2 — 22,7 % и 15,8-22,8%; 3-ю степень — соответственно 2,6 — 0,5% и 0,6% юношей. Таким образом, от момента ППГВУ до призыва, у юношей с ДМТ, как правило, наблюдалась положительная динамика ИМТ — в 61,9% случаев, однако в 25,5% случаев отмечена отрицательная динамика, а в 5,6% случаев изменений ИМТ не наблюдалось.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что в разных РВК качество освидетельствования юношей на предмет выявления НП не одинаково. Часто это связано с тем, что ДМТ не рассматривается в качестве одной из основных причин отсрочки от армии, в некоторых случаях врачи пренебрегают измерением антропометрических параметров, дающих представление о физическом развитии и необходимых для расчета ИМТ. Также, важным моментом является, что оценочная шкала ИМТ предусмотрена для лиц в возрасте от 18 лет и старше, в то время как для подростков 15-17 лет стандарты оценки ИМТ отсутствуют, что во многом обуславливает недоулавливаемость НП при ППГВУ. Соответственно, если наличие ДМТ не установлено или не указано в медицинской документации, с которой юноша направляется в ЛПУ, необходимые обследования и лечение не проводятся. Вместе с тем, для выявления причин ДМТ у юношей, согласно рекомендациям областной ВВК, предписаны консультации гастроэнтеролога, эндокринолога и кардиолога, а также проведение фиброгастроскопии (ФГС) и велоэргометрии. Проведенный нами анализ показал, что полностью рекомендуемый объем обследования был выполнен менее, чем у 15% юношей; эндокринологом обследовано 11,5%, кардиологом — 13,4%, получили консультацию гастроэнтеролога и ФГС — 37,9%, функциональные нагрузочные пробы выполнены лишь у 3,6% юношей. Обращает на себя внимание то, что в

различных районах города качество обследования неодинаково, что во многом связано с отсутствием четких указаний по обследованию и лечению лиц с ДМТ. Основными причинами недообследования являются: отсутствие сведений о ДМТ в медицинских документах, отсутствие в ЛПУ утвержденных алгоритмов по обследованию лиц с ДМТ, кроме того, часть юношей не являются на обследование в ЛПУ по направлениям ВВК

Нами также изучены сведения о социальном статусе, физической активности и вредных привычках юношей с ДМТ как по данным первичной медицинской документации ВВК, так и при анонимном анкетировании. Так, по данным ВВК, 28,8% юношей были из неполных семей или воспитываются опекунами, 54,8% — из семей рабочих, 31,9% — семьи служащих, 24% имеют неполное среднее образование, 49,9% являются учащимися ПТУ, техникумов, ВУЗов; 14,2% не работают и не учатся; 3,9% имеют судимость; 5,3% являются инвалидами. Низкую физическую активность отметили 58,2% юношей, а регулярно занимаются спортом лишь 15,9%; 2,4% имеют установленный диагноз алкоголизм, а 4,1% — наркомания.

Результаты анонимного анкетирования выявили широкое распространение вредных привычек у юношей-подростков: имеют опыт курения 82,5% юношей, в том числе курят каждый день — 58,2%, из них по одной пачке — 56,6%. Более 90% респондентов пробовали алкогольные напитки, 49,7% употребляют алкогольные напитки более 1 раза в месяц; 42,8% употребляют пиво 3-4 раза в неделю; 13,2% указали, что имеют опыт употребления наркотиков.

Среди вопросов, касающихся медицинской активности подростков, стоит отметить, что 55,2% юношей не считают себя здоровыми, 12,8% — состоят на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний, 73,5% — обращаются за медицинской помощью в лечебные учреждения 1-2 раза в год, доверяют своему врачу — 53,1%, отмечают наличие подросткового врача в ЛПУ — 48,5%, удовлетворены качеством медицинской помощи — 73% респондентов. Считают медицинскую помощь мало- или недоступной 28,1% опрошенных, более 70% занимаются «самолечением», 28,1% — предпочли бы наблюдаться в подростковом медицинском центре и лишь 11,2% — в детской поликлинике; остальные — 60,7% подростков предпочли бы наблюдаться в ЛПУ для взрослых.

Заключение

Таким образом, результаты исследования показали, что в Свердловской области на-

блюдается рост выявляемости недостаточности питания военно-врачебными комиссиями при ППГВУ в 6,6 раза в 2006 г. по сравнению с 2001 годом. Среди юношей призывников г. Екатеринбурга распространенность ДМТ в 2003-2006 гг. составила в среднем 27,7% от числа признанных ограниченно годными к военной службе. Вместе с тем, при определении отсрочки от службы в армии недостаточность питания расценивается, как правило, в качестве сопутствующей патологии при психических расстройствах, болезнях системы кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной системы. При выявлении ДМТ полное обследование, необходимое для установления его причин, выполняется не более чем у 15% юношей.

В связи с этим система оказания медицинской помощи на этапе подготовки юношей 15-17 лет к первичной постановке на воинский учет нуждается в совершенствовании, а также требуется улучшить взаимодействие педиатрической службы с военно-врачебными комиссиями. Также выявлена необходимость разработки и внедрения алгоритмов диагностики и лечения лиц с ДМТ, а также реабилитационных программ на этапе подготовки юношей к военной службе. Для объективной оценки

физического развития юношей, своевременно выявления ДМТ и более качественного проведения диспансеризации необходимо разработать региональные стандарты физического развития подростков в возрасте 15-17 лет.

Проблема профилактики недостаточности питания у подростков носит медико-социальный характер, требует повышенного внимания общественности, депутатов и межведомственного подхода для совместной разработки и реализации комплекса мероприятий по ее решению.

Литература

1. Баранов А. А., Щеплягина Л.А. Физиология роста и развития детей и подростков. М., 2006. Т.1. 469.
2. Кучма В. Р. Кто не хочет кормить свою армию. Медицинский вестник. 2006. 20 декабря. 17.
3. Баранов А. А. Россияне умирают от излечимых болезней. Медицинский вестник. 2006. 18 октября. 18.
4. Романенко Г. Думать о будущем Российский медицинский форум. 2006; 1: 62-64.
5. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности, школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечно-сосудистой системы подростков 17-18 лет: Пособие для врачей. М., 2004. 49.
6. Постановление Правительства РФ от 25.02.03 №123 Положение о военно-врачебной экспертизе. М., 2003 129.

Работа в системе «Медицина труда» — полезный опыт по оценке и управлению профессиональным риском для здоровья работающих

С. В. Кузьмин, В. Б. Гурвич, О. Ф. Рослый, Э. Г. Плотко, Е. И. Лихачева, Е. П. Жовтяк, Н. А. Рослая, В. Г. Газимова, А. А. Федорук, О. В. Калетник
ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий Роспотребнадзора»,
Управление Роспотребнадзора по Свердловской области

Резюме

Созданная в Свердловской области многопрофильная гармонизированная система «Медицина труда» позволяет, во-первых, проводить анализ и оценку профессиональных рисков как на региональном (областном), так и муниципальном уровнях. Во-вторых, позволяет на каждом из указанных уровней формировать конкретные управленческие решения, включающие комплексы организационных, информационных, профилактических и иных мероприятий по минимизации рисков при оптимальном соотношении затрат и пользы.

Ключевые слова: Оценка риска, управление риском, медицина труда.

Приоритетной целью социальной политики Российской Федерации является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг и, прежде всего,

качественной медицинской помощи населению, в том числе работающему. Это требует поиска новых организационных моделей и системного подхода к медико-профилактическому обслуживанию работающего населения. В мировой