

Факторы риска для здоровья подростков: результаты массового опроса

Р.У. Хабриев, Р.И. Ягудина, М.А. Рашид, Е.Е. Арина

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва, Россия

Risk factors of adolescent health: mass poll results

R.U. Khabriev, R.I. Yagudina, M.A. Rashid, E.E. Arinina

Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

Цель. Изучить распространение факторов риска развития неинфекционных заболеваний у подростков по результатам анкетирования.

Методы. Проведены 4 волны исследований в рамках мониторингового проекта «Факторы риска для здоровья человека» в 2014–2017 гг. Сформирована многоступенчатая стратифицированная территориальная случайная выборка из 1691 респондента в возрасте старше 11 лет. Доля подростков (возраст 11–19 лет) среди популяции исследования составила 10% (170 человек).

Результаты. Неблагоприятный профиль факторов риска развития неинфекционных заболеваний был представлен наличием избыточной массы тела у 10% опрошенных подростков, случаями повышения артериального давления – у 18%, неблагоприятным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний у близких родственников – у 60–70%, нарушениями питания – у 80–96%, низким уровнем физической активности – у 5%, курением – у 20% и употреблением алкоголя – у 26%. Наличие дефицита в 35% и избыточной массы тела – в 10% случаев, наряду с достаточным употреблением свежих овощей и фруктов, лишь в 7% случаев отражает грубые нарушения питания подростков, определяющие их развитие в будущем. Информированность подростков об основных факторах риска развития неинфекционных заболеваний остается низкой, не превышая 30–40% для разных факторов. Основными факторами, определяющими появление вредных привычек (употребление алкогольной и табачной продукции), у подростков являются пример близких родственников, друзей и стрессовые ситуации.

Область применения результатов. Педиатрия, общественное здоровье, эпидемиология.

Выводы. С целью коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний необходимы привлечение широкого круга специалистов, а также интенсивные семейные и личные психологические консультации подростков. Разработанные меры позволят мотивировать подростков к здоровому образу жизни, что сможет уменьшить бремя неинфекционных заболеваний в популяции Российской Федерации.

Ключевые слова: подростки, общественное здоровье, факторы риска, массовый опрос, питание, курение, алкоголь.

Для цитирования: Хабриев Р.У., Ягудина Р.И., Рашид М.А., Арина Е.Е. Поведенческие и физиологические факторы риска для здоровья у подростков: результаты массового опроса. Рос вестн перинатол и педиатр 2020; 65:(3): 91–99. DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-3-91-99

Objective. To study the risk factors of noncommunicable disease spread in adolescents based on the mass pole results.

Methods. The authors conducted four waves of study within the framework of the monitoring project “Risk factors for human health” in 2014–2017. The study included a multistage stratified territorial random sample of 1,691 patients over 11 years. The research population included 170 adolescents (11–19 years) (10%).

Results. An adverse profile of risk factors for noncommunicable diseases was predetermined by: overweight in adolescents (10%), increased blood pressure (18%), unfavorable history of cardiovascular events in close relatives (60–70%), nutritional disorders (80–96%), low level of physical activity (5%), smoking (20%), and alcohol consumption (26% of respondents). The body weight deficiency (35%) and overweight (10%), along with sufficient consumption of fresh vegetables and fruits in only 7% of cases reflects gross malnutrition of adolescents, which determines their future development. Awareness of adolescents of the main risk factors for noncommunicable diseases remains low (less than 30–40% for different factors). The example of close relatives, friends and stressful situations predetermine the emergence of bad habits (consumption of alcohol and tobacco) in adolescents.

Scope of application. Pediatrics, public health, epidemiology.

Conclusion. In order to correct adverse risk factors of noncommunicable diseases, it is necessary to attract a wide range of specialists, including intensive family and personal psychological consultations with adolescents. These measures will motivate adolescents to a healthy lifestyle and reduce the burden of noncommunicable diseases in the population of the Russian Federation.

Key words: adolescents, public health, risk factors, mass poll, nutrition, smoking, alcohol.

For citation: Khabriev R.U., Yagudina R.I., Rashid M.A., Arinina E.E. Risk factors of adolescent health: mass poll results. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2020; 65:(3): 91–99 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-3-91-99

© Коллектив авторов, 2020

Адрес для корреспонденции: Хабриев Рамил Усманович — акад. РАН, д.м.н., д.фарм.н., проф., науч. рук. Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, ORCID: 0000-0003-2283-376X
e-mail: institute@nrph.ru

Ягудина Роза Исмаиловна — д.фарм.н., проф., гл. науч. сотр. Национального научно-исследовательского института общественного здоровья

им. Н.А. Семашко, ORCID: 0000-0002-9080-332X

Рашид Михаил Акрамович — к.м.н., ст. науч. сотр. Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, ORCID: 0000-0002-7546-4841

Арина Евгения Евгеньевна — к.м.н., вед. науч. сотр. Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, ORCID: 0000-0002-6431-037X
105064 Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ПЕРИНАТОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ, 2020; 65:(3)

ROSSIYSKIY VESTNIK PERINATOLOGII I PEDIATRII, 2020; 65:(3)

Охрана здоровья и профилактическая помощь населению являются составляющими сферы здравоохранения. Это утверждается в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», об этом настойчиво прописывается в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и ряде законодательных актов самого последнего времени [1, 2]. Успехи широких профилактических мероприятий, приведшие к нивелированию ведущих инфекций, полностью изменили структуру заболеваемости и причин смертности населения. В настоящее время главная роль принадлежит группе заболеваний неинфекционного происхождения, от которых, по данным ВОЗ, ежегодно умирают 38 млн человек [3]. При этом 1/3 умирают преждевременно, не дожив до 70 лет. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания легких и сахарный диабет убивают 3 из 5 человек в мире. В связи с этим единственно доступной стратегией оказалось изменение (модификация) доказанных (в настоящее время) факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Предполагается, что контроль над этими факторами может способствовать предупреждению раннего развития этих заболеваний, облегчать их течение и отдалять время возникновения инвалидизирующих осложнений и смерти (исходов). В настоящее время указанная парадигма считается основой деятельности ВОЗ и большинства национальных систем здравоохранения. Сейчас ВОЗ под фактором риска понимает «фактор, повышающий вероятность неблагоприятных последствий для здоровья» [4].

Основными глобальными факторами риска в мире являются повышенный уровень артериального давления (причина 13% всех случаев смерти в мире), употребление табака (9%), повышенный уровень глюкозы в крови (6%), недостаточная физическая активность (6%) и избыточная масса и ожирение (5%). Эти факторы повышают риск развития неинфекционных хронических болезней, таких как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, а также сахарный диабет. Перечисленные факторы риска влияют на население, проживающее в странах, которые относятся ко всем группам по уровню дохода: высокому, среднему и низкому [5].

В соответствии с Политической декларацией государствами-членами ООН совместно с ВОЗ была разработана архитектура профилактики неинфекционных заболеваний, которая включает 9 добровольных глобальных целей, 25 показателей глобальной рамочной программы, а также глобальный механизм координации [6]. Для Российской Федерации борьба с неинфекционными заболеваниями является одним из приоритетов как во внутренней политике, так и на глобальном уровне. В борьбе

с неинфекционными заболеваниями выделяют два принципиальных направления. Первое — это формирование здорового образа жизни населения. Второе — адекватный ответ системы здравоохранения в плане своевременного выявления факторов риска и развивающихся неинфекционных заболеваний, взятие под контроль их течение с помощью эффективных лекарств и технологий. Оптимальной организационной формой борьбы с этими болезнями признано принятие национальной стратегии по борьбе с неинфекционными заболеваниями и соответствующего национального плана [7]. Очевидно, что меры стратегии должны быть стратифицированы в зависимости от разных факторов, включая возраст популяции. В связи с этим подростковый возраст приобретает особое значение.

Согласно расчетам ВОЗ каждый шестой человек в мире относится к подростковой категории: это составляет 1,2 млрд человек в возрасте от 10 до 19 лет. В 2012 г. 1,3 млн подростков скончались, главным образом по причинам, которые можно было предотвратить, или от заболеваний, которые можно было вылечить. В 2012 г. основными причинами смерти подростков явились травмы, ВИЧ-инфекция, суицид, инфекции нижних дыхательных путей и межличностное насилие. Употребление алкоголя или табака, недостаток физической активности, половые контакты без защитных средств и/или насилие могут угрожать здоровью подростков не только в настоящий момент, но и в будущем. Укрепление здоровых привычек и осуществление мер, направленных на то, чтобы надежно защитить молодых людей от рисков для здоровья, имеет большое значение для предотвращения проблем со здоровьем в течение взрослого периода, а также для будущего медико-санитарного и социального состояния страны [8].

По данным Федеральной службы государственной статистики, на 01.01.2017 года общая численность населения Российской Федерации — 146 804 тыс., из которых подростки составляют около 9,6% — 14 098 тыс. человек [9]. Анализ публикаций, посвященных состоянию здоровья детей и подростков России, свидетельствует, что на протяжении 20-летнего периода сохраняется тенденция к росту заболеваемости по обращаемости на 2–4% в год, увеличивается распространенность хронической патологии, снижается число здоровых детей во всех возрастно-половых группах. По данным государственной статистики, общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 15 лет, в том числе младших подростков (10–14 лет включительно), превышает 24 на 1 тыс. населения, а общая заболеваемость старших подростков (15–17 лет включительно) приближается к 20 на 1 тыс. населения. Во многих регионах России показатели заболеваемости превышают общероссийские. По данным официальной стати-

стической отчетности за период с 2001 по 2008 г., частота всех классов болезней и первичная заболеваемость среди подростков в возрасте 15–17 лет увеличилась на 66,0 и 64,6% соответственно [10]. Отечественные авторы, анализируя состояние здоровья детей по результатам Всероссийской диспансеризации, отмечают неуклонное повышение частоты развития заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (ассоциированных с избыточной массой тела и ожирением) за период с 2002 по 2007 г. При этом, несмотря на стабилизацию и/или снижение перечисленных показателей к 2007 г. в возрастных группах 12–15 лет, в группе 16–17 лет они значительно выше (7898,6 и 9941,6 на 100 тыс. детского населения соответственно). Кроме того, в группе 16–17 лет за исследуемый период отмечено увеличение распространенности упомянутых заболеваний с 9200,3 до 9941,6 на 100 тыс. детского населения соответственно [11]

Во многом это обусловлено высокой распространенностью основных факторов риска, данные о которых в нашей стране фрагментарны. Нами была сделана попытка оценить распространенность основных факторов риска по результатам массового анкетирования, что, с одной стороны, отражает внешнюю достоверность (обобщаемость) проблемы, а с другой — ограничено информированностью подростков по этому кругу вопросов.

Материалы и методы

В рамках мониторингового проекта «Факторы риска для здоровья человека» в 2014–2017 гг. были проведены 4 волны всероссийского опроса населения с целью изучения характера и особенностей образа жизни россиян, а также получения актуальной информации о рисках здоровью. По методологии исследование являлось массовым опросом населения России сотрудниками ВЦИОМ по формализованной анкете, разработанной сотрудниками Центра экономической оценки и моделирования факторов риска ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко». Аналитический этап работы осуществлялся с применением методик расчетов основных индексов, применяемых ВОЗ, при анализе первичных данных. Целевая аудитория: население России старше 11 лет. География исследования: 8 федеральных округов, 46 субъектов страны, 130 населенных пунктов. Общий объем выборки: 1 691 респондент. Тип выборки: многоступенчатая стратифицированная территориальная случайная выборка. Используемая схема выборки репрезентирует население Российской Федерации старше 11 лет по полу, возрасту, образованию и типу населенного пункта, в котором проживает респондент. Ошибка выборки состав-

ляет $\pm 3,5\%$. Доля подростков (возраст 11–19 лет) среди популяции исследования составила 10%.

Результаты

Анализ массы тела подростков проводился с учетом индекса массы тела (рис. 1). Выраженный дефицит массы тела выявлен в 1%, дефицит массы — в 35%, нормальная масса тела — в 54%, избыточная — в 9% и ожирение — в 1% случаев соответственно. Высокая доля дефицита массы тела отмечалась чаще у девушек: 52 и 28% соответственно.

Случаи повышения артериального давления более 140/90 мм рт.ст. отмечали у себя 18%, а затруднились ответить 9% опрошенных. Около 30% подростков не знали об уровне глюкозы в крови, 70% отметили нормальный уровень (менее 7 ммоль/л). Сходные результаты оказались в отношении концентрации общего холестерина: 29 и 70% соответственно. Однако у 1% опрошенных его уровни превышали 8 ммоль/л.

О наличии заболеваний у родственников первой линии родства не знали около 31% опрошенных. Остальные респонденты отметили следующие заболевания: артериальную гипертензию (24%), сахарный диабет (24%), мозговой инсульт (22%), онкологические заболевания (21%), инфаркт миокарда (15%),

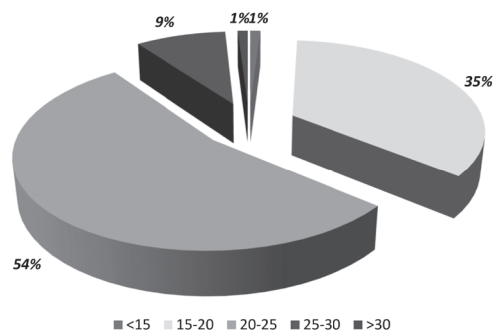


Рис. 1. Индекс массы тела в группе подростков (в %, собственные данные).

Fig. 1. Body mass index in a group of adolescents (in %, own data).

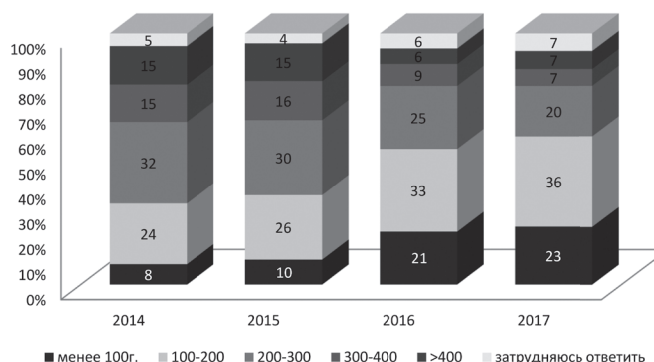


Рис. 2. Суточное употребление свежих овощей и фруктов подростками по годам (собственные данные).

Fig. 2. Daily intake of fresh vegetables and fruits by adolescents by years (own data).

нарушения ритма сердца (15%) и стенокардию (10%). Со случаями внезапной смерти близких родственников (женщин моложе 50 лет и мужчин моложе 60 лет) сталкивались 24% респондентов.

При оценке характера питания учитывалось количество употребления свежих овощей и фруктов в сутки (норма более 400 г). О наличии такой нормы не знали около 7% подростков (рис. 2). В целом достаточное количество свежих овощей и фруктов употребляет не более 15% подростков. В то же время за прошедшие 4 года этот показатель снизился в 2 раза — до 7% к 2017 г.

Об уровне физической активности судили по трем показателям: характере основной деятельности, продолжительности ежедневных пеших прогулок, частоте занятий физической культурой в неделю. Свою ежедневную деятельность как «сидячую» отметили 39% подростков, 29% — преимущественно связанную с ходьбой, 18% — связанную с тяжелым физическим трудом, 8% дали другой ответ [12]. С учетом возраста продолжительность пеших прогулок у подростков удовлетворительная — у 24% она составляет 60–90 мин, у 44% — более 90 мин. Лишь 26% респондентов занимаются физической культурой 5–7 раз в неделю, а 13% — менее 1 раза. Стоит отметить положительную динамику по исследуемому показателю в популяции в целом за 2014–2017 г. Доля тех, кто занимается физической культурой менее 1 раза в неделю, за 4 года сократилась на 17% (с 55% в 2014 г. до 38% в 2017 г.).

С учетом ранее описанных показателей (характер деятельности, длительность ежедневных пеших прогулок и частота занятия физической культурой в свободное время) в ходе обработки результатов проведенного исследования рассчитан индекс физической активности населения. Для подростков он представлен на рис. 3 [12]. У 68% подростков индекс физической активности является средним, доля низкого уровня и физически неактивных лиц составляет 5%. В целом в исследуемой популяции за последние 4 года на 11% сократилась доля граждан с уровнем физической активности ниже среднего (с 32% в 2014 г. до 21% в 2017 г.) и на 8% возросла доля россиян с удовлетворительным уровнем физической активности (с 63% в 2014 г. до 75% в 2017 г.). Наибольшие изменения

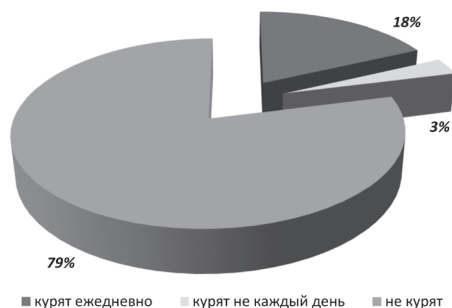


Рис. 4. Частота курения среди подростков (в %, собственные данные).

Fig. 4. Frequency of smoking among adolescents (in %, own data).

наблюдаются в группе со средним уровнем исследуемого показателя.

Наиболее распространенным возрастом начала курения в России является период от 15 до 20 лет. Свою первую сигарету в этом возрастном интервале попробовали 54% опрошенных россиян, кто курил ранее или курит в настоящее время. Первую сигарету в возрасте до 14 лет выкурили 26% опрошенных. Большинство респондентов (83% мужчин и 78% женщин) начали курить в возрасте до 20 лет.

Согласно опросу доля курильщиков среди россиян составляет около 40%: постоянными курильщиками (курят ежедневно) являются 35%, еще 5% курят время от времени. Ответы подростков на указанный вопрос представлены на рис. 4. Доля курящих подростков составляет приблизительно 21%. Среднее число потребляемых табачных изделий, которое выкуривают регулярные курильщики, составляет 5–6 сигарет промышленного производства в день.

Длительность («стаж») курения у подростков представлена следующим образом: менее 5 лет — 77%, 6–10 лет — 13% и 10–15 лет — 6% соответственно. Причины начала употребления табака у подростков были во многом сходными с таковыми у взрослых лиц (рис. 5). В 50% случаев причиной начала курения называют пример курящих друзей и/или стрессовый фактор. Фактор доступности сигарет составил лишь 11%. В то же время, в отличие от взрослых, авторитет уважаемой личности или «другие причины» (желание попробовать новое, визуальный интерес и т.д.) не играли для подростков какой-либо роли. Отметим, что с разной периодичностью курят непосредственно у себя дома (в закрытом/ смежном помещении) 60% опрошенных потребителей табака, из них 51% курят дома ежедневно.

Оценка степени никотиновой зависимости проводилась с учетом баллов теста Фагестрема [13]. Как видно из рис. 6, большинство подростков имеет слабую или очень слабую зависимость (суммарно 84%), а сильную или очень сильную зависимость — около 6%. В отличие от взрослых, у которых за период 2014–2017 гг. доля лиц с сильной зависи-

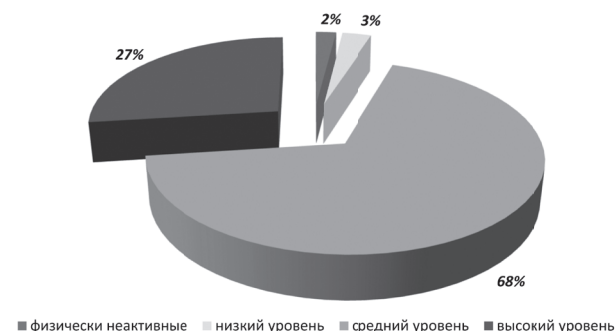


Рис. 3. Уровень физической активности подростков (суммарный, собственные данные).

Fig. 3. The level of physical activity of adolescents (total, own data).

мостью от никотина снизилась на 4% (с 27 до 23%), в группе подростков такой тенденции не отмечено. В то же время мотивация к отказу от курения не столь однозначна [13]. Очевидно, что в большинстве случаев мотивация слабая или отсутствует (80%). Слабая зависимость и низкая мотивация к отказу отражают в большей степени выбор подростка курения как формы рискованного поведения в своей социальной среде, тем самым определяя необходимость и потребность в групповых психологических консультациях.

При изучении употребления алкоголя было установлено, что за предшествовавший год (до начала очередного этапа исследования) 24–26% подростков употребляли алкогольные продукты хотя бы один раз. Исходя из полученных данных очевидно, что 55% подростков употребляют алкоголь хотя бы 1 раз в месяц, а около 20% — чаще 1 раза в неделю. Впервые попробовали алкоголь в возрасте младше 10 лет 8%, в возрасте 11–14 лет — 21%, 15–17 лет — 41% и в 18–20 лет — 24% подростков соответственно.

Предпочитают напитки слабой крепости 60% подростков. В то же время в ходе исследования выявлена закономерность, характерная как для подростков, так и взрослых лиц нашей страны. В целом характер употребления алкогольной продукции не менялся: 35% населения от тех, кто употребляет алкоголь в настоящее время, как правило, ограничиваются одной порцией напитка; 23% выпивают за один раз 2 порции; еще 36% употребляют не менее 3 порций за 1 раз. При этом минимальное количество порций характерно для употребления напитков слабоалкогольных и средней крепости, а максимальное — для крепкого алкоголя. С учетом соответствия 1 стандартной порции 10 г чистого алкоголя, такая тенденция опасна в отношении развития алкогольной зависимости в будущем.

Отказаться от употребления алкоголя пытались не более 5–7% подростков. Никогда не обращались за помощью 95% опрошенных, лишь 4% респон-

дентов указали, что им потребовалась помощь близких и/или врачей.

Обсуждение

Неинфекционные заболевания представляют основную проблему здравоохранения экономически развитых стран во всем мире. Возможность предотвращения этих заболеваний или уменьшения выраженности их последствий опирается на своевременную коррекцию факторов риска их развития. Омоложение большинства неблагоприятных исходов неинфекционных заболеваний диктует необходимость прицельной работы с группой подростков, у которых часть факторов риска уже имеется (немодифицируемые), а другая часть может возникнуть впервые (модифицируемые). К последним относят курение, избыточную массу тела, употребление алкоголя, низкий уровень физической активности и др. В нашей работе группа подростков была выделена из общей популяции, в которой проводилось исследование состояния здоровья на основании анкетирования [1–8].

По определению ВОЗ, подростковый возраст один из критических переходных периодов жизненного цикла; для него характерны бурные темпы роста и изменений, уступающие лишь темпам роста и изменений, происходящих в грудном возрасте. Многие аспекты такого роста и развития управляются биологическими процессами, а достижение полового созревания знаменует переход из детства в подростковый возраст. Биологические детерминанты подросткового возраста носят, как правило, всеобщий характер, однако продолжительность и характерные особенности этого периода могут варьировать в зависимости от времени, культуры и социально-экономических ситуаций. За последнее столетие этот период претерпел многочисленные изменения, которые касаются более раннего наступления половой зрелости, более позднего возраста вступления в брак, урбанизации,

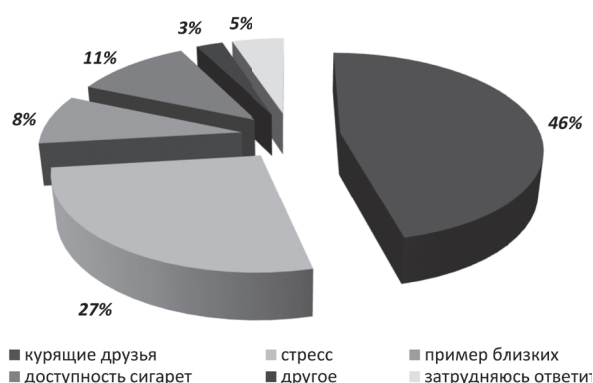


Рис. 5. Распространенность разных факторов начала курения у подростков (в %, собственные данные).

Fig. 5. The prevalence of various factors onset of smoking in adolescents (in %, own data).

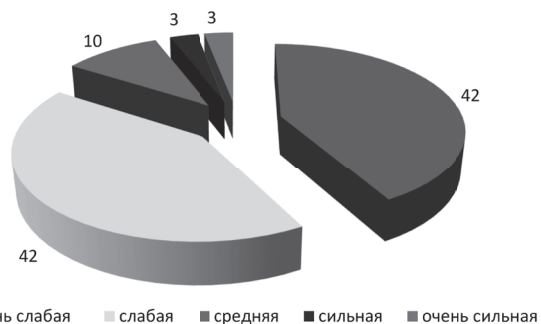


Рис. 6. Распределение подростков (в %) в зависимости от выраженности никотиновой зависимости по тесту Фажестрема (собственные данные).

Fig. 6. The distribution of adolescents (in %) depending on the severity of nicotine addiction according to the Fagestrem test (own data).

глобальной коммуникации и изменения сексуальных отношений и форм поведения [14, 15].

Комитет экспертов ВОЗ в 1977 г. предложил считать подростками лиц 10–19 лет, подразделяя подростковый возраст на ранний (10–14 лет) и поздний (15–19 лет). Подростковый возраст был определен как период, в течение которого: а) завершается половое развитие от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости; б) психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых; в) происходит переход от полной социально-экономической зависимости от взрослых к относительной социальной и частично экономической независимости [14]. Российское здравоохранение считает подростками лиц в возрасте 15–17 лет (включительно), что определяет и ограничения проводимых научных исследований.

Однако следует отметить, что в Российском законодательстве термина «подростки» не существует, оно инкорпорировано в термин «дети». Определение «подростки» применяется, как правило, в социологических исследованиях (включая сферу здравоохранения). С точки зрения действующего закона, детьми признаются лица, не достигшие совершеннолетия (т.е. возраста 18 лет). Данная группа населения в соответствии с нормами Гражданского кодекса РФ не имеет полной дееспособности. В данной группе выделяются возрастные категории: от рождения до шестилетнего возраста — малолетние, которые не могут самостоятельно, без родителей (лиц их заменяющих) осуществлять свои права и обязанности, т.е. являются полностью недееспособными. Малолетние — в возрасте от 7 до 14 лет — обладают частичной дееспособностью. Несовершеннолетние дети — в возрасте от 15 до 18 лет. Они обладают неполной дееспособностью, могут совершать с согласия родителей (лиц их заменяющих) гражданские сделки, самостоятельно распоряжаться стипендией, заработком и др. Указанная возрастная группа может обладать деликтоспособностью; с точки зрения уголовного закона выделяются две возрастные группы 14–15 и 16–17 лет [15]. В США в исследованиях используется градация подростков по месту их обучения — учащиеся средних и старших классов (middle and high school students). В связи с этим нам представилось возможным выделение группы 11–19 лет для анализа состояния здоровья подростков.

Один из значимых факторов риска — ожирение. Согласно нашим данным у 9% подростков имелась избыточная масса тела, а у 1% — ожирение. В США согласно данным Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC) доля лиц с ожирением в возрасте 12–19 лет к концу 2014 г. достигла 20,5%. Причинами такой эпидемии наряду с доступностью фастфуда называется низкий уровень физической активности и отсутствие навыков здорового питания

в семье [16]. Наши данные сходны с таковыми у отечественных исследователей [17].

Употребление свежих овощей и фруктов в пищу как наиболее часто исследуемый и информативный показатель здорового питания снижается во всем мире и характерно для всех возрастных групп. В Российской Федерации оптимальное потребление (более 400 г/сут) оказалось типичным лишь для 7% подростков. За прошедшие 4 года этот показатель снизился в 2 раза. В 2015 г. были подведены итоги «поведенческого» исследования в США (Behavioral Risk Factor Surveillance System), согласно которому лишь 9% лиц употребляли овощи и 12% — фрукты в достаточном количестве. Нездоровое пищевое поведение наиболее часто встречалось у мужчин в целом, у подростков, а также в семьях с низким доходом [18].

За прошедшие 4 года нами отмечено увеличение уровня физической активности среди всех респондентов. Для подростков это имеет дополнительное значение, поскольку большую часть периода дневной активности (6–8 ч) они проводят в школе. Согласно рассчитанному индексу физической активности малоактивными среди подростков остаются около 5% респондентов. Резервом для улучшения физического статуса, нормализации характера питания и ликвидации ожирения служит разработка общенациональной программы здоровья подростков, обязательными участниками которой должны быть сами подростки, школа и общество. Сходные программы были разработаны в ряде стран [19].

В Российской Федерации дополнительными факторами риска также явились отягощенная по основным сердечно-сосудистым заболеваниям наследственность у 25–30% подростков, высокая доля лиц с сахарным диабетом (7–9%) и онкологическими заболеваниями (21%) в популяции.

Находкой нашего исследования оказался дефицит массы тела, выраженность которого у подростков достигла 36%. Среди причин такого явления в литературе упоминаются особенности поведения подростков (забывают поесть), неустойчивость психики, подверженность стрессам, плохое материальное положение (недоедание), а также участвовавшие случаи психических расстройств (анорексия). Как и во всем мире, среди подростков Российской Федерации дефицит массы тела оказался более типичным для девушек.

Неблагоприятной представляется и низкая осведомленность подростков в отношении факторов риска. Так, 25–30% не осведомлены в отношении оптимальных уровней физической активности, артериального давления, потребления овощей и фруктов и т.д. Это затрудняет понимание подростками любых разработанных рекомендаций и алгоритмов и обуславливает низкую приверженность здоровому поведению.

Особое внимание медицинских и общественных организаций приковано к проблеме употребления подростками продуктов, способных вызывать пси-

хическую или физическую зависимость. К таковым относят табак, алкоголь, наркотические и психотропные препараты, а также (в ряде работ) и пищу с высоким содержанием сахара. Наряду с непосредственным вредом здоровью зависимое поведение служит предиктором пагубного психического и социального развития личности подростка в будущем.

Начало курения в Российской Федерации, как и в мире в целом, приходится на подростковый возраст. Около 80% респондентов нашего исследования начали курить в возрасте моложе 20 лет. Согласно данным CDC (США) 90% курильщиков начали курить в возрасте до 18 лет. При изучении причины начала курения (как их видят подростки) было установлено, что курящие друзья и/или стресс оказались ответственными в 73% случаев. В литературе обсуждаются следующие факторы начала курения в подростковом возрасте: социальное окружение (родители и друзья), биологические и генетические факторы (повышенная чувствительность к никотину, высокая подверженность развитию зависимости, курение матери во время беременности), психологические нарушения (тревожность, депрессия, стресс), ожидание положительного эффекта (употребление для снижения массы тела, подавления стресса и т.д.), низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, низкая самооценка, доступность сигарет и др. [20].

Частота курения среди подростков в Российской Федерации оказалась сравнимой с таковой в США и европейских странах (20–25%). Основным курительным продуктом были сигареты промышленного производства, однако в связи с подорожанием сигарет обнаружилась тенденция к увеличению потребления сигарет, скрученных вручную (самкруток). Несмотря на обсуждаемое увеличение употребления других никотинсодержащих продуктов (электронных сигарет и т.д.), их доля в регулярном потреблении не превышает 1%. Тем самым основной ущерб здоровью от курения в Российской Федерации приходится на вдыхание продуктов сгорания табака (комбустийный тип), что представляет собой самый неблагоприятный паттерн потребления. Для сравнения — в США употребление никотинсодержащих продуктов среди подростков представлено следующим образом: электронные сигареты — 11,3%, сигареты — 8,0%, сигары — 7,7%, бездымные формы табака — 5,8% [20].

Выраженность никотиновой зависимости у подростков Российской Федерации оказалась низкой, в 84% случаев была представлена слабой или очень слабой. Однако мотивация к отказу от курения остается слабой (61%) или отсутствует (19%). Этот факт указывает на необходимость выработки индивидуального подхода для преодоления тяги к «рисковому» поведению у подростков и мотивации их к отказу от привычки.

В ходе изучения употребления алкоголя показано, что регулярно (1 раз в неделю и чаще) алкоголь употребляет около 19% подростков. Особую настороженность вызывает начало употребления алкоголя в 8% в детском возрасте (младше 10 лет). Предпочтение подростки Российской Федерации отдают напиткам слабой крепости (менее 20%), представленные в основном пивом и алкогольными коктейлями — 64%. В средствах массовой информации неоднократно обсуждался вопрос подверженности подростков алкоголизму, особенно пивному. В последние годы в России наблюдается тенденция к росту распространенности злоупотребления алкоголем в подростковой и молодежной среде, причем предпочитаемый вид спиртных напитков — пиво. Установлено, что пиво занимает первое место среди всех употребляемых учащимися напитков, как в Москве, так и в России в целом. Статистические данные свидетельствуют, что за период с 1997 по 2005 г. производство пива в Российской Федерации увеличилось в 4 раза, а его потребление — почти в 3 раза и составило 62 л на человека в год. Уровень производства и употребления водки и ликеро-водочных изделий за этот период почти не изменился. Среди основных причин роста употребления пива среди подростков специалисты указывают на высокую его доступность, влияние рекламы, отсутствие выраженных нарушений поведения и работоспособности при употреблении пива, убежденность значительной части населения в безопасности и даже полезности этого напитка. Проводились исследования по сравнительному анализу психофизиологических эффектов крепких и слабоалкогольных (пиво, джин-тоник) напитков, при этом было показано, что легкие напитки так же быстро, как и водка, могут способствовать развитию алкоголизма [21].

Отдельного внимания заслуживает характер употребления продуктов, содержащих алкоголь. Если употребление слабоалкогольных напитков в малом количестве можно соотнести с попыткой подростков к социализации, то употребление крепкого алкоголя в больших количествах (более 3 порций за 1 раз) служит отражением стойко воспринятой привычки (как правило, в семье) и проявлением начальной (или развернутой) стадии алкогольной болезни, требующей вмешательства врачей, семьи и общества в целом. Сходная тенденция определяется и в США, где согласно наблюдательному исследованию Youth Risk Behavior Survey (YRBS) 1991–2015 гг. получены примечательные данные. Когда-либо употребляли алкоголь 63,2%, попробовали в возрасте до 13 лет — 17,2%, регулярно употребляют алкоголь более 1 раза в месяц — 32,8%, употребляют более 5 порций за 1 раз — 17,7% подростков. При этом выделенные показатели оказались неизменными в течение 2013–2015 гг. [22].

Таким образом, очевидна необходимость привлечения широкого круга специалистов, включая интенсивные семейные и личные психологические консультации, для определения тактики работы с подростками.

Выводы

1. У подростков выявлен неблагоприятный профиль факторов риска неинфекционных заболеваний, представленный избыточной массой тела у 10%, случаями повышения артериального давления — у 18%, анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний у близких родственников — у 60–70%, нарушениями питания — у 80–96%, низким уровнем физической активности — у 5%, курением — у 20% и употреблением алкоголя — у 26% опрошенных.

2. Наличие дефицита в 35% и избыточной массы тела в 10% случаев наряду с достаточным употребле-

нием свежих овощей и фруктов лишь в 7% случаев отражает грубые нарушения питания подростков, определяющее их развитие в будущем.

3. Информированность подростков в отношении основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний остается низкой, не превышая 30–40% для разных факторов, что не позволяет мотивировать их к поддержанию здорового образа жизни.

4. Основными факторами, определяющими появление вредных привычек (употребление алкогольной и табачной продукции) у подростков служат пример близких родственников, друзей и стрессовые ситуации. Высокая вероятность развития пагубной зависимости в будущем также поддерживается ранним началом употребления психоактивных веществ, степенью зависимости и низкой мотивацией к отказу.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ. <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html> [«On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation». Federal Law of the Russian Federation of November 21, 2011 N 323-FZ. (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderzhanie/Tom%2012/1-9.pdf> [The concept of development of the healthcare system in the Russian Federation until 2020. (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
3. Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D., Danaei G., Shibuya K., Adair-Rohani H. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2224–2260. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8
4. Глобальные факторы риска для здоровья. Смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. ВОЗ, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44203/8/9789244563878_rus.pdf?ua=1&ua=1 [Global health risk factors. Mortality and disease burden due to some major risk factors. WHO, 2015. (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
5. Неинфекционные заболевания. ВОЗ. Информационный бюллетень №355. Январь 2015 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/> [Noncommunicable diseases. WHO. Newsletter No. 355. January 2015 (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
6. Глобальный план действий по профилактике и борьбе с НИЗ 2013–2020, ВОЗ 2013 год. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/GCM_First_WHO_Discussion_Paper_FINAL_RUSSIAN.pdf [Global Plan of Action for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020, WHO 2013. (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
7. Европейское совещание ВОЗ для национальных руководителей и менеджеров программ по НИЗ. Москва, июнь 2017 г. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/06/09/5595> [WHO European meeting for national managers and program managers on NCDs. Moscow, June 2017. (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
8. Подростки: риски для здоровья и их пути решения. Информационный бюллетень ВОЗ №345. Май 2016 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru/> http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/year/year17.pdf [Adolescents: health risks and their solutions. WHO Newsletter N 345. May 2016 (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
9. Российский статистический ежегодник 2017 год. Москва, 2017; 84–90. http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/year/year17.pdf [Russian statistical yearbook 2017. Moscow, 2017; 84–90. (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
10. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2010; 54. [The strategy «Health and development of adolescents in Russia» (harmonization of European and Russian approaches to the theory and practice of protecting and strengthening adolescent health). Moscow: Scientific Center for Children's Health RAMS, 2010; 54. (in Russ.)]
11. Широкова В.И., Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А., Воропьева Я.В. Мониторинг диспансеризации детского населения: состояние и задачи по повышению его эффективности. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2009; 54(4): 4–10. [Shirokova V.I., Tsaregorodtsev A.D., Kobrinsky B.A., Voropayeva Ya.V. Medical examination monitoring in the pediatric population: state-of-the-art and tasks for enhancing its effectiveness. Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Peditrii (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics) 2009; 54(4): 4–10. (in Russ.)]
12. Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний. ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет 2008 г. http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html [Guidelines for the organization of programs for the prevention of chronic noncommunicable diseases. Moscow State Medical and Dental University 2008. (in Russ.)] Ссылка активна на 27.02.2020.
13. Методические рекомендации «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения». Письмо Минздравсоцразвития России №14-3/10/1-2817 от 5 мая 2012 г. <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6839> [Methodological recommendations «Providing medical assistance to the adult population for the prevention and cessation of smoking.» Letter of the Ministry of Health and Social Development of Russia

- N 14-3/10/1-2817 of May 5, 2012 (in Russ.)) Ссылка активна на 27.02.2020.
14. Развитие подростков. Критический переходный период. ВОЗ. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/index.html [The development of adolescents. Critical Transition. WHO. (in Russ.)) Ссылка активна на 27.02.2020.
 15. Национальная социологическая энциклопедия. <http://voluntary.ru/termin/podrostkovyi-vozrast.html> [National Sociological Encyclopedia (in Russ.)) Ссылка активна на 27.02.2020.
 16. Prevalence of Childhood Obesity in the United States, 2011–2014. <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html> Ссылка активна на 27.02.2020.
 17. Шарпова О.В., Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А. Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2004; 49(1): 56–60. [Sharapova O.V., Tsaregorodtsev A.D., Kobrinskii B.A. All-Russian prophylactic medical investigation: the main trends in the health status of children. Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics) 2004; 49(1): 56–60. (in Russ.))]
 18. Only 1 in 10 Adults Get Enough Fruits or Vegetables. <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/division-information/media-tools/adults-fruits-vegetables.html> Ссылка активна на 27.02.2020.
 19. The WSCC Model and Childhood Obesity Prevention. <https://www.cdc.gov/healthyschools/obesity/> Ссылка активна на 27.02.2020.
 20. Youth and Tobacco Use. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm Ссылка активна на 27.02.2020.
 21. Пивной алкоголизм среди подростков в России. <http://alcoholismhls.ru/2013/11/11/pivnoj-alkogolizm-u-podrostkov/> [Beer alcoholism among adolescents in Russia. (in Russ.)) Ссылка активна на 27.02.2020.
 22. Trends in the Prevalence of Alcohol Use National YRBS: 1991–2015. https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/trends/2015_us_alcohol_trend_yrbs.pdf Ссылка активна на 27.02.2020.

Поступила: 03.02.20

Received on: 2020.02.03

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.