

## ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Яйленко А.А.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России  
214019, Россия, Смоленская обл, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28

**Резюме:** В статье представлены общие закономерности развития организма подростка и становления его как личности, проблемы подростковой среды в современных условиях, организационные и клинические аспекты оказания медико-социальной помощи подросткам в современных условиях. Особое внимание уделено нарушениям психического и репродуктивного здоровья

**Ключевые слова:** подростки, возрастные критерии, морфофункциональные особенности, здоровье

## PROBLEMS OF ADOLESCENCE

Yaylenko A.A.

FSEI of HE "Smolensk State Medical University" Russian Ministry of Health  
214019, Russia, Smolensk region, Smolensk, Krupskaya st., 28

**Abstract:** This article presents general regularities in the development of the body of a teenager and the formation of their personality, teenage environment in modern conditions as well as organizational and clinical aspects of the provision of medical and social care for adolescents in modern conditions. Special attention is paid to mental and reproductive health violations

**Keywords:** adolescents, ages, morphological features, health

Современные статистические данные свидетельствуют о том, что демографическая динамика не столь оптимистична. Процент детского населения в общей популяции постепенно уменьшается и составляет в настоящее время менее 18, 5%. И в первую очередь, это касается подростков, то есть тех, кто завтра будет работать, рожать детей, защищать Родину. Подростки не только значимая доля населения, будущее страны, но и качественно обособленная группа, имеющая свои специфические черты, которые отражают особенности поведения, их поступки, образ мышления и, соответственно, свои проблемы, в т. ч. в состоянии здоровья. За последние годы на 43, 1% (8, 1 млн.) снизилась численность детей подросткового возраста 10-17 лет [1]. Подростки, кто они? Дети или уже взрослые? Иногда в литературе можно встретить понятие «дети подросткового возраста», что отрицает объективное существование подростков как четко очерченной возрастной группы со своими специфическими биологическими, медицинскими и социальными особенностями и потребностями. Основанием для выделения в детской популяции подросткового возраста считается физиологическое, психологическое, нравственное, социальное становление человека и поэтому его часто характеризуют как «второе рождение» человека как личности. В этом возрасте происходят созревание морфологических и функциональных структур организма, становление репродуктивной системы, бурный ростовой скачок с нейроэндокринной перестройкой, интенсификация всех функциональных систем, что является функциональной нагрузочной пробой для организма. Главным отличием подросткового возраста от детского является постепенное формирование организма взрослого человека, в котором переплетаются особенности ребенка и взрослого человека. Именно в этом возрасте происходит формирование личностных психо-характерологических особенностей, стереотипов поведения, вредных привычек, поведенческих реакций, таких как эмансипация, тяга к группировкам со

сверстниками, увлечения и т.д. Поэтому подростковый возраст называют возрастом «социального старта», возрастом «смятения», «высочайшего накала эмоций и полового чувства». Так, в произведениях немецких классиков XVIII-XIX вв. (Гете и Шиллер) юность представляется окружающим как «странность, идеализм, в сочетании с угрюмостью и множеством страданий». Джорж Стэнли Холл, считается «отцом психологии подростков», поскольку он первым применил научный подход к исследованию подросткового возраста. По образному выражению Д.С.Холла, (1904г) подростковый возраст является периодом «*sturm und drang*», что означает «буря и натиск» и отражает взгляд Холла на бушующую природу этого возрастного периода [10]. Он полагал, что подростки находятся на эмоциональных качелях. Романтика одного момента переходит в депрессию следующего, апатичность сегодня сменяется экспрессивностью завтра. Эти колебания между эмоциональными крайностями, как полагал Холл, длятся до 20 лет. Более того, с этим ничего нельзя поделать, поскольку они генетически запрограммированы. Хотя психологи не придерживаются точки зрения Холла о том, что подростковый возраст неизбежно труден, он вдохновил других ученых изучать его [4]. Анна Фрейд, применившая теорию психоанализа З. Фрейда к исследованию подростков, характеризовала юность как период внутреннего конфликта, психической неуравновешенности и неустойчивого поведения, которыми сопровождается половое созревание. С одной стороны, юноши и девушки эгоистичны, интересуются только собой и считают себя центром Вселенной, а с другой – они способны на самопожертвование и преданность [11]. А.И. Герцен писал, что это «преlestное время в развитии человека, когда дитя сознает себя юношей и требует в первый раз доли во всем человеческом: деятельность кипит, сердце бьется, кровь горяча, сил много, а мир так хорош, нов, светел, исполнен торжества, ликования жизни...».

До настоящего времени нет единого мнения, с какого и по какой возраст молодых людей можно отнести к подросткам. В словаре В. Даля подростками называли «детей на подросте» [3], что соответствовало возрасту 14-15 лет. На протяжении длительного времени в соответствии с традициями многих народов окончание подросткового возраста связывали с появлением формальных признаков взросления, характерных для соответствующей социальной среды, например, с началом брачной жизни, окончанием периода обучения, началом трудовой деятельности и др. Позже в соответствии с медико-биологическими критериями оценки специфики данного периода жизни стало принято отождествлять подростковый возраст с периодом полового созревания (пубертатный). На сегодняшний день понятие «подростковый» этап жизни с физиологической точки зрения считается более широким и емким, чем понятие «пубертатный», так как многие системы и органы, а также психика молодых людей продолжают формироваться и после достижения ими половой зрелости. В этот период происходит окончательное развитие человека как личности. До настоящего времени разнятся возрастные критерии подросткового периода. Это обусловлено тем, что основные характеристики биологического и социального развития молодежи, становление их личности зависят от процесса исторического развития человечества, а также с неоднородным формированием организма под влиянием различных, в частности, наследственных, социальных, климатических и других причин.

В 1974 году международные эксперты на совещании ВОЗ определили подростковый возраст как период, в течение которого:

- завершается половое созревание (от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости);
- детские психологические процессы сменяются поведением, характерным для взрослых;
- полная социально-экономическая зависимость от взрослых постепенно сменяется относительной социальной независимостью.

Подростковый возраст включает два важных этапа развития: пубертатный период (с момента появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции) и этап социального созревания.

Конвенция о правах ребенка Генеральной Ассамблеи ООН (1989), которую СССР ратифицировал в 1990 году, определила, что «ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста», за исключением тех случаев, когда по закону совершеннолетие ребенка наступает раньше. Экспертами ООН подростковый возраст определен от 10 до 19 лет. Календарный возраст – важный, но не определяющий критерий зрелости. Нижняя граница подросткового возраста зависит в основном от биологических особенностей (от сроков появления вторичных половых признаков), верхняя – от нормативов социальной зрелости, принятых в обществе. С точки зрения международных экспертов, подросток – уже не ребенок, но еще не взрослый. Именно поэтому к организации системы охраны здоровья этой категории населения предъявляют особые требования. Определяющим в уровне здоровья подростка, а, также, во все последующие возрастные периоды жизни является благополучие пубертатного периода. Пубертат – это период созревания оси гипоталамус-гипофиз-репродуктивная система, обеспечивающий способность к репродукции (от 10 до 15 лет), который характеризуется увеличением роста, МТ и половым развитием. Скорость роста у детей обычно регулярная по месяцам и годам, в подростковом возрасте на короткий период взрывообразно увеличивается. Пубертатный скачок роста у девочек приходится на возраст 10, 5-12, 5 года, у мальчиков – на 13-15,5 года. Уровень физического развития человека зависит от генотипа – совокупности генов, определяющих конституциональные особенности, а также от факторов внешней среды и образа жизни. Максимум реализации генетической программы роста и развития приходится на пубертат (10-14 лет) и происходит через эндокринную систему (гипоталамо-гипофизарная ось, надпочечники, ЩЖ, ПЖ). При этом если рост младенцев определяется больше питанием, рост детей – гормоном роста, то рост подростков зависит от половых гормонов. Уровень психосоциальной зрелости в этом возрасте еще далек от совершенства, поэтому, образно говоря, подростка можно представить как человека «с телом взрослого и разумом ребенка». Этап социального созревания происходит от 16 до 18 – 20 лет. Продолжительность подросткового возраста в различных странах определяется по-разному и зависит от социально-экономического развития страны. В ряде экономически развитых стран период социального становления увеличен до 20-21 года. В нашей стране подростковым возрастом в настоящее время принято считать возраст от 10 до 18 лет (17 лет 11 мес. 29 дней). Задача педиатрического сообщества нашей страны – добиться увеличения этого периода до 21 года, как в других европейских странах.

При условии определения подросткового возраста до 21 года выделяется три периода: ранний, средний и поздний подростковый периоды. Ранним подростковым периодом считается возраст от 10 лет до 14 лет 11 мес. 29 дней (средние школьные классы) и характеризуется 2-4-й стадией полового развития по Таннеру (1966). Средний подростковый период определяется возрастом от 15 до 17 лет 11 мес. 29 дней (старшие классы) и 4-5-й стадией полового развития. Поздний подростковый период – возраст от 18 до 20 лет 11 мес. 29 дней (выпускники школы/лицея, колледжа) и 5 стадия полового развития.

Подростковый возраст является одним из самых сложных, часто называемый опасным возрастом. Это возраст интенсивного биологического и социального развития, именно в этом возрасте формируются определенный образ жизни, взгляды на будущее. И от того, как правильно они будут сформированы, во многом будут зависеть состояние здоровья, мотивация тех или иных поступков, профессиональное становление. Подростковый период – возраст бурных гормональных, психоэмоциональных и социальных перестроек, становление сексуальности, время экспериментов и мятежей. Именно в этот период жизни можно создать хороший базис для будущей жизни, а можно все разрушить до основания.

Первоначально в нашей стране была создана подростковая медицинская служба на базе терапевтических отделений поликлиник, исходя из того, что знаний врача-терапевта окажется достаточно для работы с подростками старше 14 лет и до 18 лет. По мере

уточнения возрастных границ подросткового периода оказалось, что дети подросткового возраста были разделены между педиатрами и врачами подростковой службы. На первом этапе (пубертат) этого периода жизни (10-14 лет) подростки наблюдались педиатрами, а на втором этапе (15-18 лет) – терапевтами. Однако деятельность терапевтов в сфере подростковой службы далеко не всегда учитывала практический опыт педиатров. Терапевты не всегда придавали значение роли раннего анамнеза в развитии клинических особенностей течения пубертатного периода, недостаточно четко проводили границу между функциональными изменениями, связанными с закономерной трансформацией организма подростка, и определенными формами заболеваний, не учитывали различия календарного и биологического возраста. Как оказалось, декретированный в нашей стране подростковый возраст до 14 лет не является волшебным рубежом взросления. Понятие «teenagers», применяемое в иностранной литературе, кроме термина подросток, включает препубертат, пубертат, завершающийся ближе к 20 годам созреванием и успокоением так называемого «гормонального шторма». Учитывая все вышесказанное, с 1999 года в соответствии с приказом МЗ РФ №154 от 05.05.1999 г. начался процесс передачи подростков до 18 лет в сферу педиатрии, который был обусловлен необходимостью улучшения и сохранения здоровья подростков, а также желанием самих подростков и их родителей остаться под непрерывным наблюдением врача-педиатра. Однако и после реорганизации подростковой службы подростки опять оказались частично разделены между педиатрической и «взрослой» медицинской службой, так как при амбулаторном наблюдении педиатрами до 18 лет стационарная помощь подросткам с 15 лет должна оказываться в лечебных учреждениях для взрослого населения. Кроме того, в Европейских странах уже полвека уделяют пристальное внимание подростковому возрасту не только медики, но и психологи, социологи, педагоги. Объединяет данных специалистов понимание того, что подросток до 20-21 года – существо еще незрелое как на биологическом уровне, так и с точки зрения становления психики, поведения. В нашей стране опыт тесного сотрудничества педиатров, педагогов, психологов и социологов при работе с подростками только начинает накапливаться. Одновременно с физическим, психическим развитием, половым созреванием подростка происходит его социализация, когда он усваивает определенную систему знаний, норм и ценностей, позволяющих адаптироваться в качестве полноправного члена общества. Подростки начинают осознавать свои возможности и задатки. У них развивается способность к логическому суждению, появляется стремление понять суждения и поступки взрослых. Если же взрослые не считаются с мнением подростков, порождается отчужденность, а иногда и неприязнь даже к родителям. Расширение внесемейного социального общения в этом возрасте приводит к усилению влияния социальной среды (школы, улицы, групп сверстников). Если подросток не получит правильные и откровенные ответы на интересующие его вопросы от родителей или учителей, его мнение сформируют ул., сверстники, нередко в искаженном представлении. В школе источником значительного стресса, неврозов и срывов в поведении подростка могут служить неудачи во время занятий, тестов, опросов, экзаменов. Нарушения в процессе социализации могут привести к отклонениям в поведении. Иногда это приводит к возникновению апатии, потере интереса к учебе, депрессии, а иногда к немотивированной раздражительности и жестокости. Основополагающее значение в социализации детей и подростков имеет семья. Степень участия школы в процессе социализации подростка и эффективность этого процесса колеблется в зависимости от профессионализма учителей. Школа, как правило, чаще выявляет социальные отклонения у подростков, особенно тогда, когда родители склонны скрывать их, но не всегда эффективно их корригирует.

Ведущей психофизиологической особенностью подросткового возраста является нестабильность гормональной, нейрогенной и вегетативной регуляции. Подростковый возраст характеризуется выраженной эмоциональной неустойчивостью, резкими колебаниями настроения, быстрыми переходами от экзальтации к субдепрессии. Пик

эмоциональной неустойчивости у мальчиков приходится на 11-13 лет, у девочек – на 11-15 лет [6]. В старшем подростковом возрасте настроение становится более устойчивым, эмоциональные реакции более дифференцированными. Бурные аффективные вспышки у них нередко сменяются подчеркнутым внешним спокойствием, ироническим отношением к окружающим. Для подросткового возраста характерно попеременное проявление полярных качеств психики: целеустремленность и настойчивость сочетаются с импульсивностью и неустойчивостью, повышенная самоуверенность и безапелляционность в суждениях сменяется ранимостью и неуверенностью в себе, потребность в общении – желанием уединиться, развязность – застенчивостью. Романтизм, мечтательность, возвышенность чувств нередко соседствуют с рационализмом и циничностью, а искренняя нежность, ласковость могут быстро сменяться черствостью, враждебностью и даже жестокостью. Функциональные особенности нервной системы подростков существенно отличаются от взрослых, что определяет своеобразие их реагирования на внешние воздействия. Прежде всего, это обусловлено корково-подкорковым дисбалансом, слабостью тормозных процессов на фоне общего повышения возбудимости ЦНС, недостаточной дифференцировкой раздражений, исходящих из внешней среды, что и приводит к неадекватным реакциям со стороны нервной системы, дисфункции диэнцефальных областей, снижению адаптационных возможностей ЦНС. Для подростков характерна более медленная, чем у взрослых, реакция на вербальную и звуковую информацию, что необходимо учитывать в работе с ними. В этом возрасте сохраняется незрелость гематоэнцефалитического барьера, его высокая проницаемость, а следовательно, высокая чувствительность нервной системы к токсинам, инфекциям [6]. Все это способствует проявлениям отклонений в психическом здоровье в виде пограничных психических состояний, а также реализации наследственно обусловленной психической патологии. В этом возрасте происходит окончательное формирование характерологических особенностей, стереотипов поведения, поведенческих реакций, вредных привычек, усиление проявлений детского эгоцентризма, появляется желание предъявить свою личность миру, доказать ее исключительность. В этот период конкретное, образное мышление, характерное для детей, постепенно сменяется абстрактным. Для подростков форма важнее содержания, процесс важнее результата. Они стремятся произвести внешнее впечатление, не беспокоясь о последствиях. Подростки часто непоследовательны, считают себя взрослыми, а ведут как дети, борются против всякой опеки, а в глубине души надеются на помощь взрослых. Подростковому возрасту свойственны разрушительные тенденции в поведении, низвержение старых авторитетов, поиск новых кумиров. Для них важнее принципы коллективизма, поэтому они легко втягиваются в сообщества с фанатичными идеями. Достигнутый подростком биологический возраст, в большей степени, чем календарный, отражает функциональную готовность к выполнению социальной функции. У части подростков в пубертатном периоде отмечается несоответствие между биологическим и календарным возрастом и необходимо решать, укладывается ли выявленное расхождение в варианты возрастной нормы или же наблюдается реальное отставание или опережение.

Учителя, родители и даже врачи ориентируются на календарный возраст, в то время как биологическая, психологическая и психическая зрелость подростка в основном определяются возрастом биологическим. При несоответствии биологического возраста календарному у подростков возникают психологические и социальные проблемы, в частности им труднее выполнять учебные задания, у них появляются сложности в общении со сверстниками, что нередко сопровождается невротизацией. При одинаковом календарном возрасте различие в биологическом возрасте может составлять до 3-4 лет. В связи с этим врачи должны уметь определять биологический возраст, физиологическую зрелость, под которой понимается соответствие календарного и биологического возраста, а учителям и родителям следует соразмерять свои требования к подростку с его биологическим возрастом, со степенью его физиологической зрелости. Одним из ведущих

факторов, влияющих на характер психического здоровья подростка, являются этапность нервно- психического развития и высокая чувствительность к неблагоприятным влияниям среды. Характер психического, нервно – психического реагирования отражается как на проявлениях обычных психологических реакций ребенка, так и на характере психической патологии и формирует специфические особенности психического здоровья данной возрастной группы. Различные формы психических дезадаптаций регистрируются у 83% девочек старшего возраста и у 62% мальчиков [8]. На развитие нарушений психического здоровья подростков в значительной степени влияет организация образовательной деятельности, интенсификация учебного процесса, не соответствующая психофизиологическим возможностям организма подростка, что приводит к срыву процессов адаптации, развитию аддиктивных и поведенческих расстройств. Хорошая учеба в школе, вузе, высокие результаты на экзаменах, преодоление всех трудностей, связанных с обучением, во многом зависят от наследственности. На показатели успеваемости существенно влияют, помимо уровня интеллекта, такие индивидуальные особенности, как характер, уровень личностной мотивации, то есть черты, в значительной степени, также определяемые генами. Британским исследователям удалось выявить 8 групп личностных психологических характеристик, которые в значительной степени определяются наследственностью и в совокупности играют не меньшую роль в академической успеваемости, чем интеллект. Речь идет о таких чертах, как уверенность в себе, эмоциональное равновесие, особенности характера и поведения в различных обстоятельствах, уровень личной мотивации, способность к концентрации внимания. Авторы оценили вклад полученных с генами особенностей психики в результаты школьной успеваемости в 62%. Исходя из этого, важен персонализированный, а не обобщенный подход к обучению детей и подростков. В идеале распределение по классам должно быть в соответствии с биологическим возрастом и личностными особенностями, в которых будут учить, используя различные приемы, в зависимости от того, кому что больше подходит – кого-то с помощью компьютерных программ, а кого-то – через игру. На рубеже XX-XXI веков отмечается рост пограничной психической патологии, отклоняющегося, аддиктивного поведения, алкоголизации, наркомании и токсикомании. Эти изменения психического здоровья подростков нельзя рассматривать вне социума, в котором отмечается накопление отрицательных эмоций, агрессии, чувства несправедливости, неуверенности в будущем. Среди факторов риска нарушений психического здоровья в последнее время выделяется интернет-зависимость. По данным члена-корреспондента РАО, проф. МГУ им. М.В. Ломоносова Г. Солдатовой (2016), 76% детей проводят в интернете в среднем 3 часа в сутки, т.е. 1 месяц в год, каждый 7-й ребенок – 8 часов в сутки, ежедневно пользуются интернетом – 91%. Причины чрезмерной увлеченности интернетом могут быть разными. Они могут быть связаны с вопросами психологического неблагополучия, социальной изоляцией, недостатком контроля со стороны взрослых, проблемами со здоровьем и развитием и т.д. Высказывается мнение, что аддикции химические (токсикомания) начинают перерастать в аддикции информационные. Наиболее частыми из них являются: депрессия (в виде скуки, постоянного беспокойства, рассеянности, физических недомоганий и пр.), агрессивное поведение часто в форме ожесточения, ведущего к криминальным деяниям. Суицид является второй по частоте основной причиной смертности среди подростков 15-21 года, чаще всего провоцируется отчаянием или депрессией, иногда является результатом внушения. Имеющаяся статистика по психическим заболеваниям не отражает истинное состояние психического здоровья подрастающего поколения. Разброс литературных данных по распространенности психических расстройств у подростков в России колеблется от 0 до 40%. Это связано с тем, что ни расстройства личности, ни поведенческие девианты, ни пограничные состояния не попадают в поле зрения врачей-специалистов, так как родители обращаются к психиатру в последнюю очередь. Нужно также учитывать, что подростки сегодня другие в плане их психологического,

физиологического и социального развития. Протестные реакции, которые были присущи подростковому возрасту всегда, в настоящее время приобретают гротескный характер. Но в то же время необходимо понимать, что подростки, несмотря на их демонстративное стремление к самостоятельности, не самодостаточны, они зависят от окружения (семья, друзья, школа). Следовательно, общество и государство должны нести за подростков такую же ответственность, как и за детей, и обеспечить необходимую поддержку подросткам и их семьям, включающую социальные, общественные, государственные и медицинские меры. В настоящее время во всем мире усилия направлены на предупреждение заболеваний, т.е. первичную профилактику, сохранение и укрепление здоровья. Очень важна эффективно работающая первичная психопрофилактика (психолого-педагогическая помощь, психолого-педагогическое сопровождение) в школах. Необходимо также включение в программы непрерывного профессионального образования врачей общей практики, педиатров вопросов психического здоровья подростков, его сохранения и повышения. Только специалисты, профессионально ориентированные в соматическом и психо-социальном своеобразии течения подросткового периода, смогут более объективно и компетентно оценить состояние здоровья подростков, своевременно назначить профилактические или лечебно-корректирующие меры.

Характерным для подростков нашего времени становится "трофологический синдром", характеризующийся дисгармоничным развитием, снижением функциональных резервов, задержкой полового развития. У каждого 5-го подростка отмечаются проблемы в репродуктивной сфере. Так, детские гинекологи отмечают наряду с задержкой физического и психологического развития задержку полового развития, рост частоты пороков развития репродуктивной системы. В структуре заболеваний репродуктивной системы у девочек-подростков преобладают вульвовагиниты (64, 8%). Образ жизни современных девушек предрасполагает к тем или иным нарушениям менструального цикла. Нарушения менструального цикла (НМЦ) нередко возникают на фоне особенностей пищевого поведения (диеты, в том числе вегетарианства и его разновидностей), дефицита сна, психологического стресса. Для врача НМЦ должно быть не только жалобой, связанной со снижением качества жизни, но и одним из признаков ранних стадий эндокринного неблагополучия, гинекологических или соматических заболеваний. Нарушение менструального цикла следует критически оценивать с позиций их биологического смысла, многочисленных рисков для здоровья. Длительные и обильные менструации формируют и поддерживают хроническую и железодефицитную анемию. Предменструальный цитокиновый каскад напрямую связан с патогенезом хронических мигреней. Даже относительный гиперэстрогенизм, характерный для дисменореи, чрезмерно активизирует клеточное звено иммунитета, тем самым повышает вероятность аутоиммунных заболеваний. В фазу менструального цикла, ассоциированную с максимальным содержанием эстрогенов в крови, девушки наиболее уязвимы к формированию наркозависимости. Несмотря на то, что в период пубертата допустима некоторая разбалансированность гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, сказывающаяся на регулярности менструаций и овуляторности циклов, статистика НМЦ свидетельствует о явном преобладании подобных гинекологических расстройств при неадекватности умственных и физических нагрузок. За пубертатным периодом следует период активной социальной жизни, предполагающий окончание школы и поступление в образовательные учреждения среднего специального или высшего образования. Отрицательное влияние на становление репродуктивной функции в этот период оказывают, кроме дополнительной умственной и физической нагрузки, неблагоприятные микросоциальные условия, вредные привычки, рискованные формы полового поведения. Продолжительный стресс может закрепить приводить к НМЦ [9]. Так, в период сессии частота расстройств менструации заметно возрастает: нарушаются ритм, продолжительность, объем кровопотери. Поддержание гормонального баланса в женском

организме требует достаточного запаса жировой ткани, поскольку именно здесь происходит ароматизация холестерина до андростендиола и далее до эстрогенов. В сумме с эстрогенами яичникового происхождения этот дополнительный источник гормона критически необходим для фертильности. Для регулярного менструального цикла необходимо, чтобы жировая ткань составляла не менее 16% массы тела. Поэтому увеличение МТ с повышением процента жира в организме является первоочередной задачей в регуляции менструального цикла у привержениц систем пищевого ограничения и пациенток с анорексией. Интенсивные фитнес-тренировки, особенно в сочетании с диетическими ограничениями, могут стать причиной нарушений менструального цикла. Девушки – подростки при наличии ожирения также чаще страдают от обильных менструальных кровотечений, чем их сверстницы с нормальной МТ. Первым врачом, к которому обращаются девочки – подростки и их родители при вышеуказанных проблемах, является врач-педиатр. В беседах, проводимых с девочками пубертатного периода, необходимо разъяснять, что появление менструации не означает полного развития организма, которое наступает лишь к 18-летнему возрасту. Говоря о необходимости использования средств контрацепции, следует отметить, что средства предохранения от беременности могут нарушать правильное становление менструальной функции, а следовательно, и нормальное формирование репродуктивного здоровья. Большое количество заболеваний репродуктивной системы в мужской популяции также родом из детства. Примерно 58% заболеваний половой сферы детского и подросткового возраста могут представлять угрозу infertility (бесплодия) [7]. До 1999 года службы оказания специализированной медицинской помощи мальчикам и юношам в Российской Федерации не существовало, тогда как служба охраны репродуктивного здоровья девочек была создана в 1956 году. В 2003 году была введена новая медицинская специальность «детский уролог-андролог», появились образовательные программы, курсы первичной специализации. Начинает строиться сеть первичного звена, работа которой направлена на диагностику и коррекцию нарушений репродуктивного здоровья мальчиков. Установлена истинная распространенность заболеваний органов репродуктивной системы у мальчиков и юношей-подростков по некоторым нозологическим формам. В целом до 40% мальчиков в нашей стране требуют андрологической помощи. В современных условиях охрана репродуктивного здоровья выходит за пределы проблемы здравоохранения, так как напрямую влияет на демографическую ситуацию в стране. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового развития, а свыше половины подростков имеют заболевания, которые могут ограничить их фертильность во взрослом возрасте. По последним данным, в стране более 3 млн. бесплодных браков [2] и причины их бесплодия в 60% случаев «родом из детства». Только за последние 5 лет гинекологическая и андрологическая патология среди детей всех возрастов увеличилась на 30-50%. При этом потребность в урологах-андрологах удовлетворяется не более чем на 20%, детские гинекологи в числе врачебных специальностей вообще отсутствуют. Первоначальный прием пациента возлагается на врача-педиатра, и его обязанность заметить проблему и наметить правильный план ее решения.

Сохранение здоровья и репродуктивного потенциала населения является приоритетной национальной задачей. В настоящее время разработана «Концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации на 2016-2025 гг.». Согласно определению ВОЗ, в понятие «репродуктивное здоровье» индивидуума вкладывается состояние полного физического, психического и социального благополучия, обеспечивающее возможность вести адекватную и эффективную половую жизнь, а также беспрепятственное продолжение рода в сроки и количестве, определенном самим индивидуумом. Начинать решать эту задачу необходимо с детского возраста усилиями специалистов разного профиля – педиатрами, гинекологами, андрологами. И это необходимо делать в рамках амбулаторно-поликлинической системы, в которой можно осуществить массовый охват подростков эффективной лечебно-профилактической

помощью. В разделе медико-психологической поддержки подростков важно тесное сотрудничество между медицинскими работниками, учителями и семьями подростков. Все это свидетельствует о необходимости особых фундаментальных знаний по морфофункциональным и психофизическим особенностям подросткового возраста и проблемам их здоровья у всех специалистов, работающих с подростками.

### Литература

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. – 2012. – Т.91. – №3. – С. 9-11.
2. Баранов А.А., Шарков С.М., Яцык С.П. Репродуктивное здоровье детей Российской Федерации: проблемы и пути их решения // Российский педиатрический журнал. – 2010. – №1. – С.4-7.
3. Даль В.И. Большой иллюстрированный толковый словарь русского языка. – М.: Астрель: АСТ. – 2010. – 349 с.
4. Ким Должин.
5. Кучма В.Р., Чубаровский В.В., Рапопорт и др. Проблема психогигиены и психопрофилактики у детей и подростков на современном этапе // Известия ВГПУ. – №2 (216). – 2013. – с.255-260.
6. Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под ред. Проф. Л.И. Левина. – СПб.: Специальная литература, 1999. – 731с.
7. Проблемы подросткового возраста (избранные главы) / Под ред. А.А.Баранова, Л.А. Щеплягиной, Москва. – 2003. – 477с.
8. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины. – М., – 2002. – 376 с.
9. Филип Райс, Ким Должин Психология подросткового и юношеского возраста.- Издательский дом «Питер». – 2010. – 812с.
- 10.Шестакова И.Г., Симоновская Х.Ю. Нарушения менструального цикла в молодом возрасте: новые цели-проверенные средства // Информационный бюллетень №5.- 2016. – 16с.
- 11.Hall, G.S. Adolescence. N.Y.: Appleton, 1904. – Vol.2. – P.78.
- 12.Freud, Anna The Psychoanalytic Treatment of Children, 1946.