УДК 314.44 / ББК 60.7

**Нацун Л.Н.**

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 2001 ГОДА РОЖДЕНИЯ   
(ПО ДАННЫМ КОГОРТНОГО МОНИТОРИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

**Аннотация.** *Нарушения здоровья детей формируются на протяжении длительного времени. Когортный мониторинг позволяет отследить соответствующие изменения здоровья детей в процессе их взросления. Потенциал здоровья детей 2001 года рождения к совершеннолетию снизился из-за развития хронических заболеваний. Но основным фактором, снижающим самооценки здоровья детей, стали острые респираторные и респираторно-вирусные заболевания, а не хронические патологии.*

**Ключевые слова:** *здоровье детского населения, самооценки здоровья, заболеваемость детей, когортное мониторинговое наблюдение.*

Нарушения здоровья детей формируются на протяжении длительного периода взросления под действием неблагоприятных факторов, таких как вредные привычки родителей, некачественное медицинское наблюдение, неправильное лечение острых заболеваний, низкая медицинская активность семьи, несоблюдение других норм здорового образа жизни родителями и детьми (нарушения питания, недостаточная физическая активность). Цель настоящего исследования – проанализировать изменения объективных и субъективных показателей здоровья детей на протяжении периода их взросления. В силу определённых методических особенностей статистические данные не могут служить достаточной информационной базой для наблюдения за изменением состояния здоровья детей в реальном времени. Поэтому, для достижения поставленной цели исследования воспользуемся данными когортного мониторингового наблюдения «Изучение условий формирования здорового поколения», которое ведётся в ФГБУН ВолНЦ РАН с 1995 года [2]. По состоянию на 2019 год в нём принимали участие 3 когорты детей: 2001, 2004 и 2014 годов рождения. Наблюдение за здоровьем детей ведётся с момента рождения до достижения возраста 18 лет. Для когорты 2001 года рождения 2019 год был последним этапом наблюдения, численность участников на момент его проведения составляла 32 человека. На примере данной когорты мы и будем рассматривать изменения здоровья детей в процессе взросления.

В рамках мониторингового наблюдения здоровье детей оценивалось на основе самооценок здоровья, высказанных их родителями и самими детьми (с возраста 10 лет), а также ответов родителей о перенесённых детьми заболеваниях, самочувствии. Объективные данные о состоянии здоровья и наличии заболеваний у детей предоставлялись врачами-педиатрами, у которых они наблюдались по месту жительства.

Рассмотрим, как менялись родительские оценки здоровья детей на разных этапах их взросления: в возрасте 1 года, 3 лет (поступление в детский сад), 7 (начало школьного обучения), 11 (переход в среднюю школу), 15 (переход в старшую школу), 17 лет (завершение школьного обучения).

На протяжении всего периода мониторингового исследования доминировали нейтральные оценки. Исключение составлял первый год жизни, когда преобладали позитивные оценки: 51% родителей считали здоровье своих детей хорошим. К трёхлетнему возрасту среди родителей уже преобладало мнение, что здоровье их детей можно назвать лишь «удовлетворительным» (64%). Аналогичная ситуация наблюдалась и в последующие годы исследования. Существенно выросла доля позитивных оценок здоровья только на семнадцатом году жизни детей – до 42%. В целом, родители очень редко оценивали здоровье своих детей как «плохое». В 2018 году так ответили родители только одного ребёнка, которому был поставлен диагноз «бронхиальная астма».

Самим детям также задавались вопросы об их здоровье, начиная с возраста 10 лет (с письменного согласия родителей). За период проведения мониторингового наблюдения среди детей рассматриваемой когорты уменьшилась доля тех, кто оценивал своё здоровье как хорошее, увеличилась доля оценивающих своё здоровье негативно или нейтрально. В первые годы наблюдения происходило постепенное снижение доли положительных самооценок здоровья среди детей: с 74% в 10 лет до 56% в 13 лет. Наиболее существенное снижение самооценок здоровья наблюдалось в возрасте 14 лет – тогда лишь 33% подростков были довольны своим здоровьем, при том, что год назад среди них более половины называли своё здоровье хорошим. В следующие три года доля положительных оценок возрастала. Однако в 15 и 16 лет среди детей было отмечено наибольшее число отрицательных самооценок здоровья (8,3% и 8,5%, соответственно). Такое распределение самооценок здоровья и их динамика в возрасте от 10 до 18 лет свидетельствуют о том, что дети наиболее подвержены различным недомоганиям и чувствительны к ним в период с 14 до 16 лет.

Самооценки здоровья, высказанные детьми, расходились с оценками, которые давали их родители. Причём дети были склонны давать более позитивные ответы. Так, разница в доле оценивших здоровье как «хорошее» среди детей в возрасте 17 лет и их родителей достигала 22% (в «пользу» детей). В возрасте 11 лет считали своё здоровье хорошим 70% детей, тогда как аналогичного мнения придерживались только 38% их родителей.

Заболеваемость детей до 17 лет в рамках мониторингового исследования фиксировалась на основе распределения оценок педиатров. У врачей также уточнялись данные о диагнозах, поставленных ребёнку на текущем году жизни, имеющихся хронических заболеваниях, а также о перенесённых им заболеваниях.

За период наблюдения доля детей, ни разу не болевших в течение года, увеличилась. При этом зафиксированы её выраженные колебания. Наибольшая заболеваемость регистрировалась в возрастные периоды от 0 до 5 лет, наименьшая – в 9, 13 и 16 лет (рис. 1).

Рисунок 1. Численность детей когорты 2001 г.р. и доля не болевших среди них (в %)

Соотношение численности здоровых и болеющих детей в период наблюдения также изменялось. Среди новорожденных полностью здоровыми педиатрами были признаны 35% детей, тогда как к моменту 17-тилетия в этой категории остались только 15%. Учитывая, что численность когорты за время наблюдения существенно сократилась, мы проанализируем изменения в состоянии здоровья тех детей, которые остались в её составе к своему семнадцатилетию.

К 2018 г. в составе когорты остались 14 мальчиков и 21 девочка. Первую группу здоровья при рождении имели 29%, а к 17 годам – 21% мальчиков, вторую – 71% и 64%, соответственно, к 17 годам 14% мальчиков уже имели третью группу здоровья. Хронические заболевания впервые диагностированы у 8% мальчиков на втором году жизни. В возрасте трёх лет педиатры не ставили первую группу здоровья ни одному из детей. Резкое увеличение доли детей с хроническими заболеваниями (3 группа здоровья) происходит на четвёртом (с 18 до 30%), десятом (с 15 до 42%) и пятнадцатом (с 25 до 42%) годах жизни. А наибольшая доля здоровых детей (1 группа здоровья) отмечается в одиннадцать (30%) и двенадцать лет (27%).

Среди мальчиков один ребёнок имел инвалидность, обусловленную психическим заболеванием (аутизм). Инвалидность впервые была установлена ему в возрасте 7 лет. Ранее диагностировалась задержка психического развития ребёнка, а в раннем детстве отмечалось отставание в речевом развитии. К семнадцати годам ребёнок состоял на диспансерном наблюдении у невролога и психиатра.

Хронические заболевания, не приводящие к ограничениям жизнедеятельности, имели двое детей. У одного из них была диагностирована бронхиальная астма, у другого – ожирение третьей степени, в связи с чем он состоял на диспансерном наблюдении у эндокринолога. Наиболее распространённой среди мальчиков на семнадцатом году жизни проблемой со здоровьем были острые респираторные или респираторно-вирусные инфекции (переболели 50%). Ничем не болели на семнадцатом году жизни только двое мальчиков. Первую группу здоровья педиатры установили только трём детям.

При рождении у 6 из 14 мальчиков были диагностированы те или иные проблемы со здоровьем. Примечательно, что у ребёнка, которому в дальнейшем был поставлен диагноз «аутизм» все показатели здоровья при рождении были в пределах нормы, тогда как мальчик, которому при рождении поставили диагноз «перинатальная энцефалопатия» в дальнейшем не имел проблем с развитием. В 7 лет ему был поставлен диагноз «дискенезия желчевыводящих путей», который к семнадцати годам был снят.

Здоровье девочек исследуемой когорты также менялось в ходе взросления. Среди них к 17 годам большинство имели те или иные нарушения здоровья. Первая группа по здоровью была установлена только двум девушкам. Наиболее значительные потери здоровья были отмечены на первом году жизни детей: если при рождении к первой группе по здоровью были отнесены 33% девочек, то в возрасте одного года ни одна из них не была признана полностью здоровой. Такая же ситуация наблюдалась в возрасте 3 и 6 лет. Существенное увеличение доли девочек, имеющих хронические заболевания, отмечалось на втором, седьмом, одиннадцатом, двенадцатом и пятнадцатом годах жизни.

К семнадцати годам среди девушек только трое были здоровы и не имели хронических заболеваний. Остальные имели нарушения здоровья, связанные с частыми острыми заболеваниями и хроническими состояниями. Для большинства девушек рассматриваемой когорты основными проблемами со здоровьем на семнадцатом году жизни выступали повторяющиеся острые респираторно-вирусные инфекции. При рождении у четырёх из них были диагностированы различные нарушения здоровья и развития. В раннем детстве большинство девочек страдали, главным образом, от заболеваний ЛОР-органов. Вместе с тем, перенесённые в детстве заболевания, в основном, не отразились на состоянии здоровья девушек впоследствии. На состоянии опорно-двигательного аппарата детей негативно сказался процесс школьного обучения уже с начальных классов. К старшему школьному возрасту у трёх девушек отмечались нарушения зрения, что также может быть связано с возрастанием зрительных нагрузок во время подготовки к выпускным экзаменам. Следует отметить, что, согласно данным, ранее полученным в ходе когортного мониторинга, на время обучения в школе приходятся критические возраста детей, когда потенциал их здоровья может существенно снижаться [2].

Общая картина состояния здоровья девушек на семнадцатом году жизни практически не отличается от той, которая сложилась среди юношей когорты.

В целом за время проведения мониторингового наблюдения здоровье детей когорты ухудшилось. Однако каждый этап взросления сопровождался появлением новых заболеваний, а не прогрессированием ранее диагностированных. Это свидетельствует о том, что для большинства детей принятые терапевтические меры были качественными, особенно в отношении респираторных заболеваний. В меньшей мере это наблюдение касается заболеваний опорно-двигательного аппарата, лечение которых требует дисциплинированности от самого ребёнка и его родителей в части выполнения назначений врача (к примеру, ЛФК; сохранение правильной рабочей позы при выполнении учебных заданий в школе и дома).

Субъективные оценки здоровья детей, которые высказывали их родители, расходятся и с самооценками детей, которые они высказывали с десятилетнего возраста, и с оценками здоровья, поставленными педиатрами. При этом родительские оценки отличаются от оценок специалистов слабее, чем самооценки здоровья, высказанные детьми. Объяснение здесь может быть связано с тем, что дети ещё не способны критически оценивать состояние своего здоровья, поскольку не всегда обладают полной информацией о потенциальной опасности тех или иных его нарушений, не имеют представлений о рисках осложнений имеющихся заболеваний. Кроме того, педиатры, как правило, взаимодействуют именно с родителями заболевшего ребёнка, а не с ним самим. С другой стороны, субъективные оценки здоровья всегда учитывают самочувствие человека, его состояние в текущий момент, тогда как оценки специалистов опираются на точные критерии, возрастные нормы развития, факты наличия патологий. Эти обстоятельства и определяют, на наш взгляд, наблюдаемое расхождение субъективных и объективных оценок. На основе полученных результатов можно заключить, что даже при наличии хронических заболеваний дети могут сохранять хорошее самочувствие при условии правильного подбора терапевтических методов. Важную роль в обеспечении приемлемого качества жизни детей играет взаимодействие родителей и педиатров по поводу организации лечебных и восстановительных мероприятий, соблюдения врачебных назначений. Положительный эффект на здоровье детей также оказывает наиболее полная информированность их родителей в данной сфере [1].

**Библиографический список**

1. Вяльшина, А.А. Социально-экономические факторы формирования человеческого капитала детей / А.А. Вяльшина // Народонаселение. 2017. – №1. – С. 125–134.

2. Шабунова, А.А. Двадцать лет мониторинга детского здоровья: организация, результаты, выводы // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. – № 2 (38). – С. 116–128.

**Информация об авторе**

Нацун Лейла Натиговна (Россия, Вологда) – научный сотрудник, ФГБУН ВолНЦ РАН (Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а), leyla.natsun@yandex.ru.

**Natsun L.N.**

**A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE HEALTH OF CHILDREN BORN IN 2001 (BASED ON DATA FROM A COHORT MONITORING STUDY)**

***Abstract.*** *Violations of children's health are formed over a long time. Cohort monitoring allows you to track the corresponding changes in children's health as they grow up. The health potential of children born in 2001 to adulthood has decreased due to the development of chronic diseases. However, acute respiratory and respiratory viral diseases, rather than chronic pathologies, have become the main factor that reduces children's self-esteem of health.*

***Key words:*** *children's health, self-assessment of health, morbidity of children, cohort monitoring*

**Information about the author**

Natsun Leila Natigovna – researcher, Federal State Budgetary Institution of Sciences Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (VolRC RAS; 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russia), leyla.natsun@yandex.ru.

**Библиографический список на английском языке**

1. Vyalshina A. A. Socio-economic factors of the formation of children’s human capital / A. A. Vyalshina // Population. 2017. №1 (75). P. 125–134.

2. Shabunova A. A. Children and young people in russia: global challenges of modernity / A. A. Shabunova, G. V. Leonidova, O. N. Kalachikova // Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast. 2015. № 6 (42). P. 36–57.