

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ ГИГИЕНЫ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

На правах рукописи

Шведов Евгений Геннадьевич

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ
ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Бабенко Анатолий Иванович

Новокузнецк – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1 ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА	12
1.1 Социально-гигиенические проблемы формирования оборонеспособного потенциала	12
1.2 Распространенность патологии среди юношей-подростков как элемент оценки годности к военной службе	16
1.3 Распространенность патологии среди лиц, призываемых на военную службу	26
1.4 Перспективы социально-гигиенических исследований формирования оборонеспособного потенциала	32
Глава 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	35
Глава 3 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЮНОШЕЙ-ПОДРОСТКОВ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ГОДНОСТЬ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ	46
3.1 Заболеваемость юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью	46
3.2 Анализ динамики и структуры заболеваний юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет в Новосибирской области..	58
ГЛАВА 4 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЛИЦ, ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ, В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	76
4.1 Заболеваемость призывников по результатам медицинского освидетельствования.....	76
4.2 Анализ болезней, ограничивающих годность призывников к военной службе	85

4.3 Распространенность заболеваний (по статьям расписания болезней) среди граждан, призываемых на военную службу.....	93
4.4 Распространенность патологии среди граждан, призываемых на военную службу (выборочное исследование)	97
Глава 5 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЮНОШЕЙ-ПОДРОСТКОВ, ДОПРИЗЫВНИКОВ И ЛИЦ, ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ	101
5.1 Сравнительная оценка заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу	101
5.2 Интегрированная оценка заболеваемости и определение приоритетов деятельности медицинских служб при медицинском обеспечении юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста	105
5.3 Модель и этапы оценки значимости заболеваний для определения обороноспособности граждан	113
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	124
ВЫВОДЫ	140
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	142
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	144
ПРИЛОЖЕНИЯ	178

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Важнейшей стратегической позицией государства является сохранение и укрепление здоровья населения, в особенности подрастающего поколения (В. И. Стародубов, 2011; В. О. Щепин, 2012; А. А. Баранов, 2013; Н. В. Полунина, А. В. Юмукян, 2013; Л. П. Чичерин, А. А. Согияйнен, 2013 и многие др.). Состояние здоровья каждого нового поколения людей определяет перспективы реализации основных функций населения в обществе, государстве, являясь важнейшим фактором национальной безопасности России и ее развития во всех аспектах деятельности (С. В. Рищук, В. Е. Мирский, 2013).

Состояние здоровья юношей-подростков, распространенность среди этого контингента заболеваний во многом определяют перспективы реализации новым поколением ряда функций в обществе и, в частности, обороноспособность государства.

Развитие обороноспособности страны связано с постоянным пополнением здоровым контингентом военнослужащих (Н. В. Соколова, 2005; Т. Н. Тарасова, 2005; А. А. Великанов, 2006; Т. В. Глушко, 2007; В. В. Куликов с соавт., 2007; Р. С. Рахманов с соавт., 2006; Р. А. Марков, 2018; Т. Е. Давыдова, 2016; Ю. Е. Антоненков, 2016), сокращением дефицита призывного ресурса и повышением мобилизационного потенциала, преодолением трудностей комплектования Вооруженных Сил (С. В. Ефимова, 2012; С. А. Кузьмин, С. В. Смирнов, 2015).

В этой связи охрана здоровья подростков актуальна как для системы здравоохранения, так и для военных ведомств, обеспечивающих безопасность государства (В. В. Куликов с соавт., 2003).

Отставание реформ медицинского обеспечения подростков сказывается на показателях их здоровья при призыве на военную службу (В. Н. Ядчук с соавт., 2006; И. П. Артюхов с соавт., 2011). Недостатки

системы здравоохранения по раннему выявлению нарушений здоровья, в реализации мер по оздоровлению и лечению юношей призывного возраста приводят к снижению их годности к военной службе (В. В. Ядчук с соавт., 2006; А. А. Баранов, А. Г. Ильин, 2008; Л. П. Чичерин, О. В. Щепин, А. А. Согияйнен, 2013).

Необходимо совершенствовать организационно-функциональную систему медицинского и медико-социального обеспечения подростков (И. А. Андроненков, 2011; М. Ф. Рзянкина, 2005), межведомственную интеграцию служб (Л. П. Чичерин, В. О. Щепин, А. А. Согияйнен, 2013), а также нормативно-правовую базу по подготовке юношей к военной службе (В. В. Палкин, 2006).

Требуется разработка современных подходов к планированию стратегии здравоохранения по формированию обороноспособного потенциала, усовершенствованная система оценивания здоровья юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста с развитием мониторинга здоровья граждан призывного возраста как основу стратегии подготовки населения к военной службе (Г. В. Гудименко, Р. А. Кондрашова, 2017).

Для осуществления мониторинга формирования обороноспособного потенциала по критериям здоровья необходимо иметь четкий перечень информационных потоков, их аналитическую связь.

Степень разработанности темы. Изучению состояния здоровья юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста посвящено много работ. В последние годы исследования проводили В. И. Хмелик (2014), С. А. Кузьмин, С. В. Смирнов (2015), А. Ю. Гончаренко (2017), Р. А. Марков (2018), А. А. Согияйнен (2018) и многие другие. Эти работы в основном отражали совершенствование деятельности отдельных медицинских служб, специалистов. На сегодняшнем этапе развития здравоохранения важным является определение стратегических позиций его организации на основе интеграции показателей, характеризующих

состояние здоровья и распространенность патологии, рассчитываемых на основе использования различных информационных баз данных.

В связи с этим возникает необходимость разработки информационно-аналитических элементов по комплексному использованию информационных баз данных здравоохранения и военных ведомств для оценки формирования обороноспособного потенциала.

В Российской Федерации наличия подобного рода работ не установлено, что делает данное исследование весьма актуальным и перспективным с теоретической и практической точек зрения.

Цель исследования: разработать модель оценки распространенности и значимости патологии среди лиц допризывного и призывного возраста при определении обороноспособного потенциала на основе комплексного использования информационных баз данных здравоохранения и военного ведомства.

Задачи исследования:

1. Провести интегрированную оценку заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью в среднем за 2012–2017 гг.

2. Дать оценку распространенности заболеваний среди лиц допризывного возраста при первоначальной постановке на воинский учет с определением категории годности к военной службе за 2000–2017 гг.

3. Проанализировать распространенность патологии среди лиц, призываемых на военную службу, и распределения их по категориям годности с углубленным изучением протоколов медицинского освидетельствования за 2003–2017 гг.

4. Разработать методику комплексной оценки показателей заболеваемости юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста на основе использования информационных баз данных здравоохранения и военного ведомства.

5. Разработать модель и этапы оценки распространенности патологии среди лиц допризывного и призывного возраста для определения приоритетов задействования медицинских служб по сохранению обороноспособного потенциала.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- разработана методика комплексного использования информационных баз данных здравоохранения и военного ведомства о состоянии здоровья юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста, включающих данные об обращаемости за медицинской помощью, результаты медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу;

- проведена интегрированная оценка показателей заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью с установлением количественной значимости отдельных классов болезней и групп заболеваний;

- установлен характер распространенности патологии, ограничивающей годность к военной службе среди лиц допризывного и призывного возраста по результатам медицинского освидетельствования и углубленного изучения протоколов военно-медицинской комиссии с определением количественной значимости отдельных групп заболеваний;

- проведена сравнительная и интегрированная оценка заболеваемости юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста, ограничивающей годность к военной службе с определением значимости отдельных классов болезней и групп заболеваний на различных этапах анализа показателей;

- разработана модель оценки распространенности и значимости заболеваний юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста, ограничивающих годность к военной службе, с определением

приоритетов медицинских служб при совершенствовании медицинской помощи по снижению распространенности патологии.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Данное исследование направлено на решение научной задачи по совершенствованию элементов стратегического планирования в здравоохранении на основе интегрирования показателей заболеваемости юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста с разработкой методов и аналитических технологий по использованию современных информационных баз здравоохранения и военного ведомства. Установленные уровни распространенности патологии среди лиц допризывного и призывного возраста, интегрированная оценка показателей заболеваемости, ограничивающей годность к военной службе, применяются в практической деятельности военно-врачебной комиссии военного комиссариата Новосибирской области для определения состояния здоровья призывного контингента и планирования стратегии формирования обороноспособного потенциала (акт внедрения от 25.06.2018 г.).

Анализ результатов интегрированной оценки заболеваемости юношей-подростков, медицинского освидетельствования лиц допризывного и призывного возраста, значимость отдельных классов болезней, определяющих состояние здоровья данного контингента и приоритеты задействования медицинских служб используются Министерством здравоохранения Новосибирской области для формирования стратегических позиций развития здравоохранения региона (акт внедрения от 03.12.2018 г.).

Модель и этапы оценки распространенности патологии и значимости заболеваний при определении потенциала годности к военной службе используется в учебно-педагогическом процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» (акт внедрения от

07.02.2019 г.), а также на кафедре анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности (акт внедрения от 05.06.2018 г.) ГОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический университет».

Разработаны методические рекомендации, предназначенные для руководителей здравоохранения различного уровня, врачей подростковой медицины и педиатров, представителей военкоматов, военно-врачебных комиссий, специалистов, занимающихся информационно-аналитическим обеспечением медицинских служб и планированием медицинской помощи, а также научных работников, изучающих проблемы общественного здоровья (утверждены 06.09.2018 г.)

Методология и методы исследования. На основании применения информационно-аналитического метода (анализ отечественных и зарубежных исследований) были определены направления изучения формирования обороноспособного потенциала, сформулированы цель и задачи исследования, установлены источники статистической информации и материалы для углубленного изучения, проведен статистический анализ показателей, разработаны методика и модель, сделаны выводы и подготовлены рекомендации для внедрения в практику. Применялись **методы исследования:** статистический, аналитический, моделирования и графопостроения. Статистическая обработка материала включала расчет показателей заболеваемости, категорий годности к военной службе, проводился динамический и сравнительный анализ, интегрированная оценка с расчетом удельного веса значимости отдельных классов болезней, нозологий и количественным определением приоритетов задействования медицинских служб. Использовались традиционные методы моделирования и графопостроения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Определение значимости классов болезней и групп заболеваний при обращении юношей-подростков за медицинской помощью

основывается на интегрированной оценке показателей общей, первичной заболеваемости и лиц, состоящих на диспансерном учете.

2. Распространенность заболеваний среди лиц допризывного и призывного возраста устанавливается по результатам медицинского освидетельствования данных контингентов и углубленного анализа протоколов военно-медицинской комиссии.

3. Для оценки формирования обороноспособного потенциала необходимо провести сравнительный анализ интегрированных показателей заболеваемости юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста с распределением их по категориям годности к военной службе.

4. Определение приоритетов задействования медицинских служб при совершенствовании медицинской помощи по снижению распространенности заболеваний среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста основывается на комплексной оценке интегрированных показателей с расчетом удельного веса значимости отдельных классов болезней и групп заболеваний.

5. Модель оценки распространенности и значимости заболеваний, определяющих характер формирования обороноспособного потенциала, включает информационные базы данных о заболеваемости по обращаемости юношей-подростков, результаты медицинского освидетельствования лиц допризывного и призывного возраста, протоколы военно-врачебной комиссии военного комиссариата, а также аналитические этапы сравнительного анализа интегрированных показателей.

Степень достоверности и апробация результатов. Степень достоверности результатов исследования определяется достаточным объемом материала, включающего информационную базу военно-врачебной комиссии военного комиссариата (252,1 тыс. лиц допризывного и 183,1 тыс. лиц призывного возраста), 1204 протокола углубленного

изучения результатов их освидетельствования, а также применением адекватных методов обработки исследовательского материала.

Результаты исследования доложены и обсуждены на:

– Международном форуме «Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право». Новосибирск, 2012 г.;

– XLVIII и LI научно-практической конференции с международным участием «Гигиена, организация здравоохранения и профпатология» и семинара «Актуальные вопросы современной профпатологии». – Новокузнецк, 2013, 2016 гг.;

– Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», Москва, 2013, 2014, 2015, 2016 гг.;

– Всероссийской научно-практической конференции «Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья». Новосибирск, 2016, 2017 гг.;

– II Всероссийской научно-практической конференции «Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья подростков». Новосибирск, 2018 г.;

– Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 30-летию создания института ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее». Москва, 2019.

Личный вклад автора заключается в проведении обширного анализа научной литературы по проблемам здоровья юношей относительно их годности к военной службе (100 %). Самостоятельно проработаны информационные базы данных медицинских учреждений и военного ведомства (100 %). Проведен анализ распространенности заболеваний, в том числе по материалам углубленного изучения протоколов медицинского освидетельствования (100 %). Сформирована модель и этапы оценки распространенности патологии среди призывного

контингента, определена значимость отдельных классов болезней, снижающих годность к военной службе, и приоритеты задействования медицинских служб для повышения обороноспособного потенциала (75 %).

Связь с научными программами. Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» в рамках темы НИР: «Разработка элементов стратегического планирования в здравоохранении: информационно-аналитические модели, методы оценки распространенности патологии среди населения и определения приоритетов медицинской помощи, востребованности медицинских технологий», регистрационный номер 01201353863.

Публикации. По результатам исследования опубликовано 22 научных работ, в том числе 1 статья в изданиях, включенных в перечень ведущих рецензируемых изданий (ВАК), 2 статьи в изданиях, входящих в реферативные базы Scopus, 1 свидетельство на регистрацию программы для ЭВМ

Объем и структура диссертации. Общий объем работы – 182 страницы компьютерного набора. Диссертация состоит из введения, аналитического обзора литературы, главы с представлением программы, материала и методов исследования, трех глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, предложений, списка литературы, включающего 220 отечественных и 35 зарубежных источников, списка использованных сокращений, иллюстрирована 24 таблицами и 14 рисунками, имеет 2 приложения.

Глава 1

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

1.1. Социально-гигиенические проблемы формирования оборонеспособного потенциала

Важнейшей стратегической функцией государства является сохранение и укрепление состояния здоровья населения, в особенности подрастающего поколения, что отмечалось ведущими специалистами в области общественного здоровья [36, 40, 146, 182, 214] и многими исследователями [213]. При этом, как указывает О. П. Щепин с соавт. [67], должна развиваться профилактика с учетом выявления болезненных отклонений на ранних стадиях заболеваний.

Это отражено в государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» (2012 г.) с этапами реализации мероприятий до 2020 г., с последующим ее развитием до 2025 г. (Государственная программа «развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640).

Состояние здоровья каждого нового поколения людей определяет перспективы реализации основных функций населения в обществе, государстве, являясь важнейшим фактором национальной безопасности России и ее развития во всех аспектах деятельности [158]. Национальная стратегия и государственная политика по охране здоровья населения должны быть сориентированы на комплексное взаимодействие всех подсистем на охрану здоровья детей и подростков [76, 100].

В частности, здоровье подростков предопределяет потенциал воспроизводства населения, перспективы профессиональной деятельности, оборонеспособность и дальнейшее развитие государства. Качество этого

контингента населения, с одной стороны, служит важным условием формирования человеческого капитала, в частности, капитала здоровья, а с другой – является лимитирующим фактором социально-экономического развития, укрепления обороноспособности страны. Развитие обороноспособности страны связано с постоянным пополнением здоровым контингентом военнослужащих [11, 35, 41, 49, 111, 155, 176, 188]. При этом здоровье юношей-подростков рассматривается как качественная сторона обороноспособного потенциала, а состояние лиц, призываемых на военную службу, их годность определяет уровень обороноспособности страны.

В этой связи охрана здоровья подростков актуальна как для системы здравоохранения, так и для военных ведомств, обеспечивающих безопасность государства [122]. Важна преемственность деятельности медицинских организаций с военкоматами [17, 151, 211, 212, 219]. Однако врачи еще недостаточно вовлечены в медицинское обеспечение допризывников и лиц призывного возраста [96, 190]. И, как отмечает С. Б. Белогоров с соавт. [8], имеет место формальный подход к слежению за состоянием здоровья юношей-подростков, указывая при этом, что система ОМС не учитывает необходимость и доступность диспансеризации этого контингента, а органы управления здравоохранением и военные комиссариаты осуществляют недостаточный контроль за медицинскими организациями по этому вопросу. Необходимо совершенствовать организационно-функциональную систему медицинского и медико-социального обеспечения подростков [9, 157], межведомственную интеграцию служб [208], а также нормативно-правовую базу по подготовке юношей к военной службе [134]. Отставание реформ медицинского обеспечения подростков сказывается на показателях их здоровья при призыве на военную службу. Недостатки системы здравоохранения по раннему выявлению нарушений здоровья, в реализации мер по оздоровлению и лечению юношей призывного возраста

приводят к крайне низкому уровню их годности к военной службе [24, 220].

В начале XXI века отмечался дефицит призывного контингента и ухудшение показателей здоровья допризывной молодежи, когда только 50–70% были годны к прохождению военной службы [42, 114, 168]. В настоящее время происходящие изменения в Вооруженных Силах, появление новой боевой техники и оружия повышают требования к состоянию здоровья призывников [183, 218], которое, несомненно, определяется в подростковом возрасте [137, 150].

По данным Генштаба Вооруженных Сил РФ, медицинские комиссии военкоматов освобождают от службы в связи с неудовлетворительным состоянием здоровья до 30 % призывников, 10% направляется на дополнительное обследование, а 50% имеют различные категории ограничения годности [11]. При этом отмечается рост заболеваемости, ограничивающей годность [122, 196]. В свою очередь до 40 % лиц, призванных на военную службу, сложно адаптируются к условиям армейской жизни [78, 151, 219], в частности, психологически [235, 239, 244, 248].

На преодоление этих проблем направлена «Концепция Федеральной системы подготовки граждан РФ к военной службе на период до 2020 года», утвержденная Правительством РФ в феврале 2010 г. [86]. Концепция предусматривает сокращение дефицита призывного ресурса [60] и повышение мобилизационного потенциала, преодоление трудностей комплектования Вооруженных Сил [173].

При этом ставится задача снизить количество граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы до 10% [86].

Переход на одногодичную службу ставит задачу более четкого медицинского освидетельствования призывников [107, 210], что в свою очередь предъявляет соответствующие требования к системе

здравоохранения по сохранению здоровья юношей-подростков [92, 147, 211, 212], т. к. здоровье является одним из факторов, определяющих успешное прохождение военной службы [94].

Важно отметить, что формирование здоровья данного контингента происходит в течение 15–17 лет и в конечном итоге отражает всю совокупность влияния факторов и условий проживания, воспитания и обучения, образа жизни, медицинского обслуживания.

На необходимость оценки качества жизни призывников и военнослужащих обращают внимание многие исследователи как в Российской Федерации [49, 65, 139, 170], так и за рубежом [221, 231, 232, 233, 250].

При этом постоянно идет процесс изменения образа жизни молодых людей, соответственно меняется состояние их здоровья, готовность к военной службе, мотивационные установки [18, 35, 147, 150, 165]. Это требует оценивания распространенности факторов риска развития патологии среди юношей [162, 164] и в целом их образа жизни в динамике [17]. Л. П. Чичерин и А. А. Согияйнен [207] предлагают оценку состояния здоровья подростков рассматривать как индикатор эффективности медицинского обеспечения призыва на военную службу.

Для этого необходимо совершенствовать систему оценивания здоровья юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста. Целый ряд исследователей предлагают развивать мониторинг здоровья граждан призывного возраста как основу стратегии подготовки населения к военной службе [46]. Для специалистов здравоохранения и военной медицины важно знать количественные и качественные характеристики здоровья юношей призывного возраста, что также позволит повысить их уровень взаимодействия.

Таким образом, охрана здоровья подрастающего поколения является важнейшим элементом национальной стратегии. Состояние здоровья юношей-подростков определяет качество обороноспособного потенциала и

требует преемственности в деятельности медицинских служб и военно-врачебных комиссий, необходим мониторинг распространенности патологии среди этого контингента для повышения годности к военной службе.

1.2. Распространенность патологии среди юношей-подростков как элемент оценки годности к военной службе

Здоровье юношей-подростков, уровень и структура их заболеваемости, распространенность патологии и наличие функциональных расстройств у данного контингента во многом определяют перспективы реализации ими ряда функций в обществе, в частности, обеспечение обороноспособности государства. Формирование их здоровья идет в течение 15–17 лет и в конечном итоге отражает всю совокупность влияния факторов и условий проживания, воспитания и обучения, образа жизни, медицинского обслуживания.

Как отмечают многие исследователи, в подростковом возрасте наблюдается высокая чувствительность к воздействию внешних факторов, что способствует развитию функциональных расстройств, хронизации патологии [37, 38, 80, 83, 119, 132, 135, 136, 163, 176, 193, 197]. Также ряд авторов отмечает высокую распространенность среди подростков морфофункциональных отклонений, которые фиксируются у 38–45 % обследованных, хронические заболевания – у 45–61%, нервно-психические расстройства у 70–80 % [4, 23, 27, 29, 98, 101, 131]. При этом, как отмечает В. Р. Кучма [100], большинство подростков имеет 2 и более заболеваний, а также 2–3 морфофункциональных расстройства.

Важно отметить, что высокая распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний у подростков: сколиоз, близорукость, болезни органов пищеварения, наличие вегетососудистых астенических и невротических реакций, связана со «школьными болезнями» [184, 187], а также со слабой их ориентацией на стереотипы

поведения по сохранению и развитию своего здоровья [26, 79, 80, 253]. Не случайно, что считают себя здоровыми в России 28 % подростков, а в ряде стран Европы таковых гораздо больше: от 40 % в Германии до 93 % в Швейцарии [249]. Это, несомненно, снижает их уровень готовности к военной службе.

Е. А. Воробьев с соавторами [130] предполагает, что имеются особенности заболеваемости подростков, связанные с различными темпами полового созревания.

Как отмечает целый ряд исследователей, в период учебы в возрастной динамике нарастает хронизация патологии [80, 123, 163]. Так, по данным И. К. Рапопорт, С. Б. Соколовой, А. Ю. Макаровой [152] количество функциональных расстройств органов зрения у учащихся с 1-го по 11-й класс возрастает с 219 до 406%, увеличивается удельный вес хронических заболеваний органов пищеварения с 9 до 25 %, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани – до 24 %.

Установлено, что только 10 % выпускников школ являются здоровыми, у 40-60% выявлены хронические заболевания, а 30–40 % имеют морфофункциональные отклонения [89, 172, 195, 242, 247]. По результатам исследования М. А. Малютиной [110] в школах имеются нарушения правил учебной нагрузки, несоответствие мебели, неудовлетворительная организация питания.

Дополняет эту негативную тенденцию развитие школ нового типа: гимназии, лицеи, колледжи, где значительно увеличивается сложность и продолжительность учебной нагрузки, что предопределяет нервно-психическое перенапряжение [55] и проявляется в развитии гипертонической реакции у 55–83 % учащихся [186]. Это является, по мнению Г. М. Гайдарова с соавт. [113], следствием неадаптированности к нагрузкам у 40 % юношей [151, 219].

Состояние здоровья юношей изучается во многих регионах Российской Федерации [52, 103, 178, 204]. Анализ заболеваемости в

последние годы проводился в Республике Башкортостан [86, 199], Республике Дагестан [195], Республике Татарстан [90], Краснодарском крае [64, 201], Хабаровском крае [190] и г. Хабаровске [179, 191], Архангельской области [129], Свердловской области [13], Московской области [174, 208] и г. Москве [143, 217], Воронежской области [11, 110], Оренбургской области [94], г. Красноярске [15], Иркутской области [8, 56, 69], Томской области [16], Ханты-Мансийском АО [198] и др. Показано, что ведущими классами заболеваний являются болезни органов дыхания, пищеварения, патология эндокринной и костно-мышечной системы, болезни кожи, мочеполовой системы, глаза и его придаточного аппарата. При этом имеется определенные региональные особенности формирования здоровья подростков [68, 81], что необходимо учитывать при определении стратегических позиций.

По данным А. А. Баранова [28, 181], 33,7 % общей заболеваемости подростков составляют болезни органов дыхания, 28,5% – болезни органов пищеварения, 8,7 % – болезни глаза и его придаточного аппарата, 7,7 % – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, 7,2 % – травмы и отравления, 5,4 % – болезни нервной системы.

В Республике Башкортостан [199] в течение 2000-х годов отмечен рост заболеваемости юношей 15–17-летнего возраста на 30,8 %, и общая заболеваемость составила 2315,8 ‰. Ведущим классом болезней установлены болезни органов дыхания, на которые приходится 25,4 % всей обращаемости. Болезни органов пищеварения определяют 10,4 % обращаемости юношей за медицинской помощью, болезни глаза – 9,7 %, болезни костно-мышечной системы – 9,6 %, нервной системы – 8,7 %, травмы и отравления – 8,5 %.

Аналогичная ситуация наблюдается в Краснодарском крае, где в структуре общей заболеваемости юношей-подростков 30,3 % приходится на болезни органов дыхания. Далее по значимости следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов пищеварения,

травмы и отравления, болезни глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, дополняющие еще 48,9% [104].

В Хабаровском крае [190] общую заболеваемость определяют практически те же классы болезней: органов дыхания (31,7 %), органов пищеварения (17,3 %), костно-мышечной системы и соединительной ткани (12,3 %), заболевания глаз (8,7 %) и нервной системы (5,1 %).

В г. Москве [144] в структуре общей заболеваемости подростков приходилось на болезни органов дыхания – 38,9 %, костно-мышечной системы – 9,7 %, органов пищеварения – 8,3 %, эндокринной патологии – 7,6 %.

В Иркутской области уровень заболеваемости подростков составлял 1838,7–2167,2 ‰ с преобладанием таких классов болезней, как патология органов дыхания (38,9 %), костно-мышечной системы (9,7 %), органов пищеварения (8,3 %) и эндокринной системы (7,6 %) [8].

В Архангельской области показатель общей заболеваемости подростков находился на уровне 2885,4–3016,4 ‰, и наиболее значимыми патологиями являлись болезни органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, органов пищеварения, составляющие соответственно 36,5; 10,0 и 9,0 % [129].

Среди заболеваний органов пищеварения, распространенность которых у подростков составляет 191,2–195,9 ‰, преобладают гастриты, дуодениты, язвенная болезнь, поражения желчного пузыря [47, 215]. При этом многие авторы отмечают в возрастном аспекте рецидивирующее и прогрессирующее их течение [47, 106, 167, 253].

Распространенность заболеваний среди юношей-подростков обуславливает в 42,8–49,7 % случаев постановку их на диспансерный учет [9, 160, 199]. Ведущими патологиями являются болезни органов пищеварения, глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, органов дыхания и

системы кровообращения, составляющие 81,4 % всего объема диспансерного наблюдения. Как отмечают Р. К. Хадиятуллина и В. А. Малиевский [200], имеет место рост числа юношей 15–17-летнего возраста, состоящих на диспансерном учете.

В Республике Башкортостан 496,6 юношей-подростков из 1000 состоят на диспансерном учете. Основными заболеваниями здесь являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; органов пищеварения, глаза и его придаточного аппарата; костно-мышечной системы и соединительной ткани; нервной системы; органов дыхания и системы кровообращения [200]. При этом выделяются такие нозологические группы, как нарушения рефракции и аккомодации, физическое недоразвитие, нарушение опорно-двигательного аппарата, хронические гастриты [174].

По данным С. Н. Русанова [160], 5,8 % юношей в 15–16-летнем возрасте состоят под диспансерным наблюдением по поводу психических расстройств, что является следствием снижения стрессоустойчивости и роста пограничных психических расстройств [148, 180], которые проявляются в 61,7 % случаев в виде невротических реакций [31]. Распространенность пограничных психических расстройств и психических нарушений составляет 66,7 % [51, 108, 133, 149].

Имеет свои особенности учет заболеваемости по данным медицинских профилактических осмотров. Заболеваемость юношей-подростков, по данным профилактических осмотров, составляет 652,7 ‰. В структуре заболеваемости 50,5 % всей патологии приходится на болезни костно-мышечной системы (23,2 %), эндокринной системы (13,9 %), болезни глаза и его придаточного аппарата 13,4 % [144].

По данным Н. В. Полуниной и А. В. Юмукяна [144], уровень заболеваемости этого контингента в г. Москве составлял 652,7 ‰, где в 23,2 % случаев выявлялись заболевания костно-мышечной системы,

в 13,9 % – эндокринной системы, в 13,4 % – болезни глаза и его придаточного аппарата.

По материалам Д. В. Татановой, М. Ф. Рзянкиной и Г. А. Аристовой [189], в Хабаровском крае отмечается аналогичная структура выявленной патологии, где преобладают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (18,2 %), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (16,8 %), глаза и его придаточного аппарата (16,3 %), органов пищеварения (13,7 %) и системы кровообращения (10,0 %).

В Иркутской области уровень выявления патологии у подростков при профосмотре составлял 652,7 %, а в структуре заболеваний значимыми являлись болезни костно-мышечной системы (23,2 %), эндокринной системы (13,9 %) и патология глаза и его придаточного аппарата (13,4 %) [8].

По данным медицинских профосмотров в Краснодарском крае юноши допризывного возраста были разделены на группы здоровья. При этом удельный вес подростков, отнесенных к первой и второй группам, с увеличением возраста (с 15 до 17 лет) сократился соответственно с 31,5 до 25,7 и с 52,3 до 48,3 %. В то же время выросла доля юношей, имеющих третью группу здоровья – с 16,2 до 26,0 % [201].

Наиболее значимым этапом обследования юношей на предмет годности к военной службе является их медицинское освидетельствование при первоначальной постановке на воинский учет, осуществляемый военно-врачебными комиссиями военных комиссариатов. Как указывают А. А. Баранов и В. Р. Кучма [25], показатель годности к военной службе при первоначальной постановке граждан на воинский учет в РФ в начале 2000-х годов составлял 66,4 %. При этом у каждого третьего юноши заболевания диагностированы впервые, а 16,0 % из числа освидетельствованных подростков направлялись на дополнительное обследование.

В региональном аспекте, как свидетельствует проведенный анализ научной литературы, наблюдаются определенные особенности. Так, при первоначальной постановке на воинский учет в Иркутской области [8, 62, 69] в период с 2005 по 2008 гг. 40,5–42,5 % были признаны негодными к военной службе по медицинским показателям. Это выше, чем в среднем по РФ (32,6–33,6 %) и СФО (34,9–35,9 %). При этом основными патологиями, которые определяют ограничение годности, временную негодность или полную негодность, являлись расстройства и недостаточное питание, нарушения обмена веществ, составляющие 34,7–42,4 % от всех причин, а также психические расстройства и расстройства поведения – 22,3–27,6 % и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 11,6–14,7 % [8]. Характерно, что в Иркутской области 54,6–60,4 % всей патологии при первоначальной постановке на воинский учет выявлено впервые [8, 56].

В г. Новосибирске среди лиц допризывного возраста при медицинском освидетельствовании наиболее часто фиксировались неврологические заболевания, составляющие 21,4 % от всей патологии, болезни костно-мышечной системы – 17,0 %, болезни глаз – 13,4 %, психические расстройства – 12,9 %, а также заболевания бронхо-легочной системы – 7,4 %, эндокринной – 6,1 %, дерматовенерологической – 4,6 % и сердечно-сосудистой – 4,4 % [93].

В Оренбургской области, по результатам медицинского освидетельствования, при первоначальной постановке на воинский учет в течение 10-летнего периода (2000–2009 гг.) выросла доля юношей, годных к военной службе, с 62,9 до 67,6 %. При этом основной патологией, снижающей уровень годности, являются болезни эндокринной системы, составляющие 23,0 %, костно-мышечной системы – 21,4 %, психические расстройства – 19,9 %, нервной системы – 10,9 % и заболевания глаза – 5,6 % [94]. Аналогичная ситуация имела место в этот же временной период в Кировской области [39].

В Орловской области отмечалось сокращение доли годных к военной службе юношей при первоначальной постановке на воинский учет в период с 2012 по 2015 гг. с 70,0 до 66,1 %. При этом наблюдался рост удельного веса болезней эндокринной системы с 20,5 до 25,6 % и снижение доли психических расстройств с 15,3 до 11,7 % [46]. Снижение удельного веса психических расстройств в годовой динамике наблюдалось и в Воронежской области [126]. В структуре общей заболеваемости юношей было отмечено сокращение с 15,8 до 9,7 %, а при первоначальной постановке на воинский учет с 14,5 до 12,2 %.

В Санкт-Петербурге при первоначальной постановке на воинский учет 51,4 % юношей имели незначительное ограничение годности к военной службе, 11,5 % признаны ограниченно годными, а 1,1 % были полностью не годными. Причинами ограничения годности являлись заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (26,2 %), костно-мышечной системы и соединительной ткани (16,3 %), глаза и его придаточного аппарата (11,6 %), нервной системы (9,4 %), психические расстройства (8,1 %), а также болезни органов дыхания, пищеварения, системы кровообращения и кожи, на которые приходилось соответственно 6,7; 6,5; 4,2 и 4,1 % [34].

На высокую значимость психического здоровья для формирования обороноспособности указывают многие исследователи [1, 2, 71, 99, 108, 109, 117, 205, 228]. Низкий уровень психического здоровья связан с высокой распространенностью психопатологических нарушений и преморбидных психических отклонений у юношей-подростков [45, 48, 57, 84, 91, 116, 234, 237, 243, 246, 254, 255]. При этом отмечается в 20–21 % случаев наличие органических поражений головного мозга, 9,6–15,5 % личностных расстройств, 9,4–13,0 % – злоупотребление алкоголем и токсическими веществами [206].

По данным Н. Е. Кучина [99], в структуре психических заболеваний у юношей Челябинской области преобладают органические психические

расстройства, составляющие 32,7 % от всей патологии данного класса болезней, умственная отсталость (31,7 %), личностные расстройства (17,0 %).

В значительной степени рост распространенности психиатрической патологии подростков связан с усилением поведенческих факторов риска. В частности, злоупотреблением психоактивными веществами [59, 125].

Таким образом, среди психических расстройств ведущее положение занимают умственная отсталость (37,9 %), расстройства личности (27,2 %) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (9,0 %) [61].

Результаты исследования в г. Хабаровске [192] показали, что 21,9 % юношей требуют специальных, дополнительных исследований их состояния здоровья для определения годности к военной службе. При этом на основании расписания болезней и экспертных заключений 29,9 % юношей были признаны годными (категория А), годными с незначительными ограничениями (категория Б) – 33,8 %, ограниченно годными (категория В) – 14,4 %, временно не годными (категория Г) – 20,9 %, полностью не годными (категория Д) – 1,0 %.

Среди заболеваний ведущее место занимали эндокринные болезни (25,2 %), психические расстройства (15,9 %), болезни системы кровообращения (за счет функциональных расстройств, 9,1 %), костно-мышечной системы и соединительной ткани (за счет заболеваний позвоночника и стоп, 8,4 %). Вследствие этого 45,8 % юношей не готовы осваивать воинские специальности.

Немаловажное значение имеет физическое развитие юношей допризывного возраста. В отдельных регионах 12,4–15,0 % допризывников имели дефицит массы тела, а у 45,7 % физическое развитие было ниже среднего [70, 154]. Проблемы физического развития тесно связаны с распространенностью патологии среди юношей-подростков, что

достаточно убедительно показано в исследовании О. М. Гумалаевой и М. Г. Магомедова [195].

Комплексное изучение состояния здоровья юношей-подростков в г. Москве, проведенное А. В. Юмукином [217], показало разные уровни распространенности патологии и ее значимости в структуре заболеваемости. Так, показатель общей заболеваемости был на уровне 1982,5 ‰, по обращаемости за медицинской помощью – 1283,6 ‰, по данным медицинских осмотров – 674,2 ‰, а по результатам медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет – 425,9 ‰. Распространенность хронической патологии составила 246,9 ‰. При этом в структуре общей заболеваемости 39,3 % приходилось на болезни органов дыхания, по данным обращаемости за медицинской помощью они составляли 55,6 %. В свою очередь, при профилактических осмотрах лидирующее положение занимали болезни костно-мышечной системы с удельным весом 20,9 %, где преобладала патология позвоночника. При первоначальной постановке на воинский учет ведущим был класс болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (24,1 ‰). Среди хронической патологии были выделены болезни костно-мышечной системы (19,8 ‰), где в 83,1 % случаев фиксировались плоскостопие и нарушения осанки. Также были значимы болезни глаза (15,4 ‰), где в 67,1 % случаев отмечалась миопия, и патология органов пищеварения (13,8 ‰), где 55,0 % приходилось на гастриты, дуодениты, эзофагиты.

Таким образом, распространенность патологии среди юношей-подростков характеризуют показатели заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью, взятия на диспансерный учет, результаты медицинских профилактических осмотров и медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет. При этом уровни и структура заболеваемости имеют региональные особенности, что необходимо учитывать при определении приоритетов

задействования медицинских служб и требует унифицированного подхода к анализу распространенности патологии.

1.3. Распространенность патологии среди лиц, призываемых на военную службу

Основным этапом определения обороноспособного потенциала являются результаты медицинского освидетельствования лиц, призываемых на военную службу. Данные военно-врачебных комиссий дают наиболее полное представление о распространенности патологии и годности призывников к военной службе. По данным НЦЗД РАМН и контрольных осмотров призывников истинная частота нарушений здоровья у юношей в 2,7 раза выше, чем по данным учетной документации, и до 32 % расстройств выявляется на военно-врачебных комиссиях впервые [72].

По данным Л. П. Чичерина, В. О. Щепина, А. А. Согияйнен [208], проводивших анализ результатов медицинского освидетельствования призывников в Московской области в динамике за 10-летний период, было установлено, что уровень годности к военной службе данного населения составлял $46,0 \pm 3,6$ % (категория А). Годными с незначительными ограничениями (категория Б) было признано $26,1 \pm 2,1$ %. На ограниченно годных (категория В) приходилось $12,4 \pm 1,3$ %. Временно не годные (категория Г) и полностью не годные (категория Д) составили соответственно $14, \pm 2,8$ и $1,4 \pm 0,1$ %. При этом освобождение от призыва по медицинским показаниям было связано в 19,8 % случаев с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, в 13,7 % – с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в 10,6 % – с болезнями органов пищеварения, в 9,4 % – с болезнями системы кровообращения и 8,6 % – с болезнями нервной системы.

Схожие данные приводит А. А. Баранов с соавторами [28], указывая, что главными причинами негодности к военной службе являются

заболевания костно-мышечной системы, составляющие 17,9 % от всех причин, психические расстройства – 16,2 %, болезни органов пищеварения – 10,5 % и нервной системы – 9,5 %.

При анализе литературы установлено, что в разных регионах РФ имеются особенности распространенности патологии среди лиц, призываемых на военную службу.

По данным И. Н. Сахаровой и Л. В. Ефремовой [168], анализировавших здоровье призывников из разных регионов России, установлено, что у более 40 % юношей отмечался дефицит массы тела, у 20 % – неустойчивая регуляция сердечно-сосудистой системы, у 40 % – признаки нервно-психических расстройств. Не случайно, что в разные годы в различных регионах от 36,4 до 41,3 % призывников были признаны не годными к военной службе [10, 16, 64, 69, 90, 102, 168, 169]. По данным С. Н. Анохина [10], в структуре заболеваемости призывников 41,0 % приходится на так называемые терапевтические болезни. Это прежде всего заболевания желудочно-кишечного тракта – 23,9 %, почек – 13,2 %, мышц сердца и клапанного аппарата – 6,9 %, бронхиальная астма – 7,2 %. Среди хирургических болезней преобладают сколиоз – 8,9 %, заболевания суставов – 8,0 %, плоскостопие – 4,6 %. Психическая патология (олигофрения, психопатия) составляют 13,7 %. Среди неврологических болезней выделяют последствия черепно-мозговых травм. Немаловажное значение имеют заболевания органов зрения (8,8 %) и кожи (5,0 %).

В г. Новосибирске среди призывников наиболее распространены заболевания нервной системы, удельный вес которых составляет 22,2 % от всей патологии, выявляемой при медицинском освидетельствовании. На болезни глаз приходится 18,4 %, костно-мышечной системы и соединительной ткани – 15,4 %, психические расстройства и расстройства поведения – 8,4 %, органов пищеварения – 8,3 %, системы кровообращения – 5,8 %, мочеполовой системы – 5,3 %, органов дыхания –

3,9 %, эндокринной системы – 3,2 %, кожи и подкожной клетчатки – 3,1 % [93].

В Краснодарском крае основной патологией, ограничивающей годность к военной службе, установлены заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, на которые приходилось 31,2 % от всех причин. 12,6 % составляли психические расстройства и расстройства поведения, 9,9 % – болезни органов пищеварения, 9,1 % – болезни нервной системы, 8,2 % – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ [201].

В Саратовской области в 2010 г. [102] уровень заболеваемости призывников составил 657,0 ‰. При этом 70,0% было лиц, отнесенных к категориям А и Б годности к военной службе. Среди заболеваний, ограничивающих годность, ведущими были признаны болезни костно-мышечной системы (в основном плоскостопие и сколиоз) – 25,0 %, патология эндокринной системы – 18,0 %, болезни системы кровообращения – 15,0% и мочеполовой системы – 11,0 %.

В Воронежской области в течение 2001–2011 гг. наиболее значимыми причинами признания призывников ограниченно годными (категория В), временно не годными (категория Г) и негодными к военной службе (категория Д) были плоскостопие и другие деформации стопы (статья 68 расписания болезней), на которые приходилось 13,4–17,0 %, болезни позвоночника и их последствия (статья 66) – 9,5–12,8 %. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (статья 13) – 8,4–9,9 %, умственная отсталость (статья 20) – 5,4–7,3 %, а также язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (статья 58) – 4,8–5,3 % [12].

По результатам углубленного исследования, проведенного Н. В. Полуниной и А. В. Юмукином [143], показано, что 35 % призывников освобождаются или получают отсрочку от прохождения военной службы, а среди признанных годными 30 % имеют проблемы со здоровьем. Это с

одной стороны требует проведения комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, а с другой – вызывает настороженность и предполагает риск развития заболеваний в период прохождения службы.

В Краснодарском крае при контрольном медицинском освидетельствовании призывников в 2008–2012 гг. полностью годными (категория А) к военной службе было признано от 3,0 до 4,7 % обследованных. Годными с незначительными ограничениями (категория Б) признано 38,6–62,0 %, а ограниченно годными (категория В) – 6,0–13,3 % и временно не годными – 27,6–51,0 %, полностью не годных среди обследованных было от 0,1 до 1,5 % [104]. Это свидетельствует о том, что специальные углубленные обследования призывников дают более полную картину наличия патологических состояний, которые могут препятствовать службе в Вооруженных Силах.

Основными заболеваниями, способствующими освобождению призывников от военной службы, в 17,7 % случаев являются психические расстройства, в 16,3 % – болезни костно-мышечной системы, в 10,2 % – органов пищеварения и в 9,3 % – нервной системы [25]. Это подтверждается результатами многих исследований в различных регионах РФ [42, 87, 114, 124].

В Иркутской области основными причинами негодности к военной службе являются психические расстройства и расстройства поведения, составляющие 31,1 %, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 14,5 %, органов пищеварения – 9,2 %, нервной системы – 7,2 %, глаза и его придаточного аппарата – 6,9 % [65].

В Оренбургской области ведущими причинами освобождения от военной службы были болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на которые приходилось 29,8 % всех заболеваний, психические расстройства и расстройства поведения – 17,3 %, эндокринные заболевания, расстройства питания и нарушения обмена

веществ – 7,9 %, болезни системы кровообращения – 7,5 %, органов пищеварения – 6,4 % и врожденные пороки развития – 5,2 % [95].

Иную структуру медицинских причин, приводящих к негодности призывников, показывают результаты исследования в Забайкальском крае. Так, на терапевтическую патологию приходится 23,2 %, неврологическую – 19,2 %, хирургическую – 11,9 %, заболевания глаз – 6,6 %, кожные болезни – 4,9 % и т. д., ведущее же положение занимают психические расстройства. Этот класс патологии составляет 29,0 % от всех медицинских причин освобождения от военной службы [173]. В структуре заболеваний психической сферы преобладают умственная отсталость (шифр по МКБ-10 F70–F72), на которые приходится 31,8 % всех расстройств, и инфантильные состояния личности (F60.8) – 27,1 %, а также транзиторное расстройство личности (F60) – 21,5 % [185]. Таким образом, наличие психических расстройств у призывников существенно снижает обороноспособность [41, 77].

Меньший удельный вес психические расстройства как причина освобождения от военной службы имели в г. Воронеже, где на них приходилось от 9,7 до 12,3 % [126].

В целом же по РФ в структуре психических расстройств, которые приводили к освобождению от военной службы. Ведущими патологиями были умственная отсталость; психические расстройства вследствие органического поражения головного мозга и расстройства личности. На эти группы заболеваний приходилось соответственно 35,4; 28,2 и 24,5 % [160].

Эта проблема присуща при формировании вооруженных сил и в других странах. Так, в США при осмотре новобранцев психоневрологические расстройства выявляются у 6,2–6,8 % обследованных [227, 228, 229, 230, 251]. Среди неврологических расстройств, ограничивающих службу в армии, 53,3 % – резидуальная

энцефалопатия, 15,8 % – последствия черепно-мозговых травм, 10,2 % – энурез, 7,4 % – эпилепсия, 3,9 % – ДЦП [185].

Немаловажное значение для определения годности к военной службе имеет распространенность болезней системы кровообращения. Этот класс болезней занимает 5–6 места среди других групп заболеваний [142]. Рост распространенности этой патологии среди детей и подростков, когда у 50 % заболевания протекают бессимптомно [14], предопределяет впоследствии развитие гипертонической болезни и других поражений сердечно-сосудистой системы в 30–40 % случаев [115, 220]. Так, по данным Р. Э. Сафарова и Р. Ш. Сафаровой [166], в Республике Башкортостан при медицинском освидетельствовании призывников у 7,4 % была выявлена артериальная гипертензия. При этом, как установлено исследованием Е. М. Евсикова и Ю. М. Машуковой [58] у большинства призывников данная патология имеет наследственную отягощенность и сочетается с разнообразными почечными заболеваниями, что подтверждается и зарубежными авторами [223, 226, 240].

Определенную значимость при отборе призывников имеют аллергодерматозы, распространенность которых среди проходивших медицинское освидетельствование составляет 6,1–6,6 % [3].

В последние годы (2012–2015 гг.) в Орловской области отмечено увеличение доли призывников, годных к военной службе с 70,0 до 74,4 % [46].

Выявление структуры патологии является необходимым этапом для оценки системы организации медицинского обеспечения при подготовке граждан к военной службе, для улучшения процесса управления и планирования профилактических мероприятий на основе мониторинга здоровья приписного состава и призывников [144]. Это позволит избежать многих проблем в состоянии здоровья в период прохождения военной службы, организации медицинской помощи военнослужащим при различных заболеваниях [222, 224, 225, 236, 238, 241, 245, 252].

1.4. Перспективы социально-гигиенических исследований формирования обороноспособного потенциала

В последние 10–15 лет в РФ уделялось много внимания оценке состояния здоровья юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста. Проводились исследования по анализу распространенности заболеваний среди данного контингента населения в различных регионах страны [15, 90, 179, 195, 199 и др.], устанавливались приоритеты тех или иных классов болезней, ограничивающих годность к военной службе [11, 93, 102, 168 и др.]. Изучалось влияние различных факторов среды, образа жизни, медицинского обслуживания и т. д. на состояние здоровья и годность к военной службе лиц допризывного и призывного возраста [171, 198, 201]. При этом использовались различные источники информации: отчетные формы о заболеваемости юношей по данным обращаемости за медицинской помощью (отчетная форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»), материалы медицинских профилактических осмотров и специальных выборочных исследований, результаты медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу, представляемые военно-врачебными комиссиями военкоматов, а также данные специальных комплексных экспертиз (протоколы медицинского освидетельствования) и выборочных исследований.

Большинство исследований нацелено на констатацию состояния здоровья, сравнительный анализ по годам или возрастно-половым группам, влиянию факторов. Сегодня более важно определить, как эту информацию использовать для стратегического планирования и управления. В частности, для оценки эффективности профилактических мероприятий при подготовке граждан к военной службе [175].

Использование информационной базы, накапливаемой военно-врачебными комиссиями в совокупности с базами данных медицинских организаций позволяет без дополнительных крупномасштабных исследований определять стратегические позиции здравоохранения по формированию здоровья подрастающего поколения. При этом результаты медицинского освидетельствования фиксируют не только наличие заболеваний по классам болезней, нозологическим формам, но и отклонения (функциональные и морфологические) в состоянии здоровья, что значительно расширяет информационную базу.

Для того, чтобы эффективно использовать эти данные, как указывают многие исследователи, необходимо совершенствовать мониторинг показателей здоровья [5, 22, 30, 32, 44, 66, 105, 121, 128, 141, 156, 203].

Потребуется разработка алгоритма использования статистической информации [99, 138, 177, 196] и проведение отбора наиболее информативных показателей [121, 161] с их дифференциацией [7]. При этом следует применять единые клинико-экспертные подходы к оценке состояния здоровья лиц допризывного возраста [92], начиная с 10-летнего возраста, для более раннего диагностирования патологии [192].

Нужна четкая стандартизация и диагностика патологии, единые подходы к оценке морфофункционального развития как в системе практического здравоохранения, так и военно-врачебными комиссиями [25]. Соответственно, это позволит эффективно использовать данные информационные базы при анализе распространенности патологии среди лиц допризывного и призывного возраста.

В социально-гигиеническом мониторинге следует выделять и отдельные группы заболеваний, ограничивающих годность к военной службе, в частности, слежение за психическим здоровьем юношей [1, 33, 43].

С этой целью в г. Москве на базе военного комиссариата создан региональный центр по проведению медико-психологического обследования [75], что способствует выявляемости психиатрической патологии, разработке мер по профилактике психических расстройств. Социальной адаптации призывников к военной службе [88, 140].

Резюме. Проведенный анализ литературы показал, что одна часть исследований обороноспособного потенциала показывает распространенность заболеваний юношей по данным обращаемости за медицинской помощью, состоящих на диспансерном учете; в других исследованиях проводится анализ результатов диспансерного наблюдения и медицинских профилактических осмотров; в третьих приводятся итоги медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет и определения годности к военной службе. Так, имеется ряд специальных исследований здоровья допризывной молодежи. Более предметно, относительно готовности к службе в Вооруженных Силах, показаны результаты медицинского освидетельствования граждан при призыве. При этом приводятся результаты установления годности, приоритеты заболеваний, ограничивающих годность, а также материалы специальных экспертных комиссий по установлению негодности к военной службе.

В части исследований осуществлялся анализ этих информационных баз в комплексе. Однако для осуществления мониторинга формирования обороноспособного потенциала по критериям здоровья необходимо иметь четкий перечень информационных потоков, их аналитическую связь. Важна разработка информационно-аналитической модели социально-гигиенической оценки распространенности патологии среди юношей-подростков, допризывников и лиц, призываемых на военную службу с использованием как официальных отчетных документов двух ведомств, так и персонифицированных данных.

Глава 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование базировалось на методологическом подходе к стратегическому планированию в здравоохранении, с использованием информационных баз данных различных медицинских организаций, служб и других ведомств. Основы такого подхода представлены в работах А. И. Бабенко [20, 50], методическое развитие – в исследованиях А. Л. Томчука [194], Д. Б. Никифорова [120], Е. А. Бабенко [21], Е. С. Поница [145], Н. Н. Ореховой [127], А. Г. Мураховского [118], Т. Н. Маюновой [112] и других. В них рассматривалось использование информационных баз региональных диагностических центров, бюро судебно-медицинской экспертизы, медицинских организаций различного уровня и профиля, диспансеров, санаторно-курортных учреждений и т. д. Однако в этих исследованиях не рассматривался методический подход к использованию информационных баз данных медицинских организаций и военного ведомства для планирования стратегии в сохранении и развитии обороноспособного потенциала.

Объект исследования – контингент лиц допризывного и призывного возраста.

Предмет исследования – состояние здоровья лиц допризывного и призывного возраста на различных этапах выявления патологии как причины ограничения годности к военной службе.

Единица наблюдения: каждое лицо допризывного и призывного возраста, проживающее в Новосибирской области.

Методы исследования: статистический, аналитический, моделирования и графопостроения.

В качестве **базы исследования** была определена военно-врачебная комиссия Новосибирского областного военного комиссариата.

В процессе исследования использовался термин *оборонеспособный потенциал*. В общепринятой литературе имеются термины *оборонеспособность* и *потенциал* (военный, оборонный). *Оборонеспособность* определяется как уровень готовности населения к отражению внешней агрессии. *Потенциал* – возможности, которые могут быть использованы в определенный момент (военная техника, военные заводы, военнослужащие и т. п.). В данном случае это касается лиц мужского пола, находящихся в Вооруженных Силах, а также мужское население, состоящее на воинском учете по соответствующей военно-учетной специальности (ВУС). Встречается и термин *оборонеспособный потенциал*, который, как правило, используют при оценке войск и вооружений.

В данном исследовании под термином *оборонеспособный потенциал* понимается количество лиц допризывного и призывного возраста, которые могут по состоянию здоровья служить в Вооруженных Силах.

В Новосибирской области проживает 1 млн. 289 тыс. жителей. Численность юношей-подростков (15–17 лет) составляет 38,4 тысячи. Это 1,4 % от числа всего населения области и 3,0 % от общего количества мужского населения. В среднем за период 2000–2017 гг. данный контингент составлял 40,6 тыс. человек. Характерно, что численность юношей в течение 2009–2014 гг. имела тенденцию к сокращению с 43,1 до 34,7 тыс., а в последующий период (2015–2017 гг.) отмечался некоторый прирост до 38,4 тыс.

При первоначальной постановке на воинский учет медицинское освидетельствование проходят в среднем в год 15,4 тыс. юношей допризывного возраста. За рассматриваемый 18-летний период отмечалось сокращение численности освидетельствованных. В период 2000–2004 гг. в среднем обследовалось 21,4 тыс. юношей, в 2005–2009 гг. – 17,4 тыс., в 2010–2014 гг. – 11,7 тыс., а в 2015–2017 гг. – 11,1 тыс.

Количество лиц, освидетельствованных при призыве на военную службу, составляло за период 2000–2017 гг. в среднем 30,4 тыс. в год. При этом в годовой динамике количество призывников, проходящих медицинское освидетельствование, также имело тенденцию к сокращению с 35,8 тыс. (2000 г.) до 24,6 тыс. (2017 г.).

Исследование проводилось в несколько этапов (таблица 1). На первом этапе по данным Министерства здравоохранения Новосибирской области (отчетная форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения») о заболеваемости юношей-подростков в возрасте 15–17 лет за период 2012–2017 гг. были рассчитаны показатели общей и первичной заболеваемости по всем классам болезней, а также уровень и структура заболеваемости лиц, состоящих на диспансерном учете. По соотношению показателей первичной и общей заболеваемости проводился расчет так называемого показателя «хронизации» патологии. Это обратная величина удельного веса первичной заболеваемости в общей. Далее осуществлялась интегрированная оценка этих показателей. По сумме рангов отдельных классов болезней в соответствии с их местом среди трех видов оценок заболеваемости определялась ранговая значимость (по сумме мест) классов болезней.

Для установления весовой (количественной) значимости был рассчитан коэффициент относительной важности (КОВ) по каждому из трех показателей в соответствии с уровнем распространенности того или иного класса заболеваний. Суммирование этих КОВ позволило рассчитать удельный вес (в %) значимости каждого класса в общем объеме распространенности патологии среди подростков, включая показатели общей заболеваемости, «хронизации» патологии и диспансерного учета в комплексе.

Таблица 1 – Программа, этапы и материалы исследования

Этап	Материалы исследования	Оцениваемые параметры	Результаты
1. Анализ показателей заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью с интегрированной оценкой	Годовые отчетные формы № 12 ФСН за 2012–2017 гг. по Новосибирской области	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общая заболеваемость 2. Первичная заболеваемость 3. Заболеваемость лиц, состоящих на диспансерном учете 4. Интегрирование показателей 	Установление уровня и структуры заболеваемости юношей-подростков, приоритетов классов болезней и отдельных нозологических групп, их количественной значимости.
2. Анализ заболеваемости юношей и их годности к военной службе при ППВУ	Результаты медицинского освидетельствования 285,5 тыс. юношей при ППВУ за 2000–2017 гг. Отчетная форма № 4 военно-врачебной комиссии военного комиссариата НСО	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заболеваемость по классам болезней 2. Заболеваемость по статьям расписания болезней 3. Категория годности 	Определение категории годности юношей, уровня и структуры заболеваний, ограничивающих годность к военной службе.
3. Анализ заболеваемости призывников и категорий их годности к военной службе	Годовые отчеты военно-врачебной комиссии военного комиссариата НСО о годности призывников к военной службе за 1997–2017 гг. Результаты медицинского освидетельствования 258,0 тыс. лиц, призываемых на военную службу за 2003–2017 гг.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Показатель годности призывников к военной службе (категория А) 2. Заболеваемость по классам болезней 3. Распределение по категориям ограничения годности (Б, В, Г, Д) 4. Заболеваемость по статьям расписания болезней 	Установление уровня годности призывников в динамике и изменения структуры распространенности заболеваний в динамике. Определение приоритетов заболеваний, ограничивающих годность призывников, в соответствующих категориях (Б, В, Г, Д)

Продолжение таблицы 1 – Программа, этапы и материалы исследования

Этап	Материалы исследования	Оцениваемые параметры	Результаты
4. Углубленный анализ распространенности патологии среди призывников (выборочное исследование)	1204 протоколов медицинского освидетельствования и экспертных заключений военно-врачебной комиссии военного комиссариата НСО о состоянии здоровья призывников.	1. Патологические отклонения (состояния) 2. Нозологические группы заболеваний 3. Классы болезней	Установление распространенности патологии в соответствии с нозологическими группами заболеваний и классами болезней.
5. Сравнительная и интегрированная оценка распространенности патологии среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста	Результаты предыдущих этапов исследования.	Ранговая оценка показателей Оценка показателей по коэффициенту относительной важности Удельный вес значимости заболеваний	Определение значимости отдельных классов болезней в распространенности патологии среди рассматриваемых контингентов, выявление патологии на отдельных этапах медицинского освидетельствования и определение приоритетов задействования отдельных медицинских служб.
6. Разработка методики использования информационных баз данных и модели оценки показателей	Результаты предыдущих этапов исследования.	Отдельные элементы анализа заболеваемости и категорий годности к военной службе	Четыре этапа оценки распространенности заболеваний и распределения по категориям годности.

На этом же этапе исследования была проанализирована распространенность отдельных групп заболеваний по тем же показателям с определением приоритетов заболеваний по суммарному КОВ.

На втором этапе осуществлялась оценка результатов медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет (ППВУ). Основным материалом для анализа послужили данные военно-врачебной комиссии военного комиссариата Новосибирской области (отчетная форма № 4) за 2000–2017 гг. За этот период было освидетельствовано 285,5 тыс. допризывников.

Изучались показатели распространенности патологии по классам болезней и по статьям расписания болезней (соответствуют отдельным группам заболеваний, приложение 1). При этом было выделено четыре периода (2000–2004 гг.; 2005–2009 гг., 2010–2014 гг. и 2015–2017 гг.), и проведена сравнительная оценка уровня и структуры выявляемости заболеваний у рассматриваемого контингента.

Далее осуществлялась оценка распределения юношей по 5-ти категориям годности к военной службе. К категории А были отнесены юноши, которые полностью годны к военной службе (не имеют заболеваний, ограничивающих их годность); категорию Б составляют допризывники, имеющие незначительные ограничения годности; категорию В – ограниченно годный контингент; категорию Г – временно не годные, а категорию Д – полностью не годные к военной службе.

Также был проведен сравнительный динамический анализ изменения распределения юношей по категориям годности за три рассматриваемых периода. Была рассмотрена структура заболеваний с расчетом удельного веса (в %) в каждой категории. Среди отдельных статей расписания болезней определялись ведущие группы заболеваний по уровню распространенности, доле в соответствующем классе болезней и удельному весу среди всей совокупности патологии. Это позволило на

данном этапе исследования установить характер распределения юношей при ППВУ по категориям годности к военной службе, уровень и структуру заболеваний.

На третьем этапе был проведен анализ заболеваемости лиц, призываемых на военную службу. Источником информации послужили годовые отчеты военно-врачебной комиссии военного комиссариата Новосибирской области о годности призывников к военной службе за 1997–2017 гг., а также результаты медицинского освидетельствования 258,0 тыс. лиц, призываемых на военную службу, за 2003–2017 гг., представленные в отчетной форме № 8.

На основании этих данных был проведен динамический анализ показателя годности призывников (категория А) к военной службе. Были выделены три периода: 2003–2007; 2008–2012 и 2013–2017 гг. для сравнительной оценки характера распространенности заболеваний среди рассматриваемого контингента в годовой динамике.

Далее были установлены категории ограничения годности (Б, В, Г, Д) призывников к военной службе в соответствии с выделенными тремя временными периодами. Проведен анализ структуры причин ограничения годности призывников по отдельным категориям, была также определена структура категорий ограничения годности по каждому классу болезней.

Для более детального рассмотрения причин ограничения годности осуществлен анализ распространенности отдельных групп заболеваний по статьям расписания болезней. При этом рассчитывались показатели распространенности заболеваний, доля отдельных нозологических групп в соответствующем классе болезней и удельный вес заболевания от всех болезней.

Данный этап исследования позволил определить приоритеты классов болезней и отдельных групп заболеваний, ограничивающих годность призывников по каждой категории.

Четвертый этап включал углубленное выборочное исследование протоколов медицинского освидетельствования 1204 призывников. Помимо заболеваний, ограничивающих годность к военной службе, в протоколах фиксировалось наличие патологических отклонений в состоянии здоровья призывников, которые не являлись препятствием к службе в армии, но в процессе службы могли бы негативно сказаться на здоровье данного контингента. Это расширяет информационную базу о распространенности патологии среди призывного контингента.

Объем выборочной совокупности определялся по традиционной формуле [159]:

$$n = \frac{p q t^2 N}{\Delta^2 N + p q t^2},$$

где n – численность выборочной совокупности;

N – численность генеральной совокупности;

p – изучаемый относительный показатель, вероятность данного события;

q – вероятность отсутствия данного события ($100 - p$);

t – доверительный коэффициент;

Δ – максимальный уровень допустимой ошибки.

За объем генеральной совокупности (N) взята среднегодовая численность проходящих медицинское освидетельствование при призыве в Новосибирской области, которая составляла 30,4 тыс.; p и q равны соответственно 50,0; $t = 1,96$. При уровне допустимой ошибки 3,0 % численность выборки (n) должна составлять не менее 1031. В данном исследовании проанализировано 1204 протоколов экспертиз медицинского освидетельствования призывников, что вполне приемлемо для оценивания результатов.

Наличие патологических отклонений в состоянии здоровья призывников, зафиксированное в протоколах, дополняло соответствующую нозологическую группу заболеваний и класс болезней.

Анализировались показатели уровня распространенности и удельного веса наличия патологических отклонений (состояний), входящих в соответствующую нозологическую группу заболеваний, согласно статьям расписания болезней. Это позволило определить весь спектр распространенности патологии среди призывного контингента.

На пятом этапе исследования проводилась сравнительная и интегрированная оценка показателей заболеваемости юношей-подростков, допризывников и лиц, призываемых на военную службу. Использовались результаты предыдущих этапов исследования. Была проведена ранговая оценка показателей, и по сумме рангов 4-х информационных блоков о заболеваемости этих контингентов определены приоритеты классов болезней. Расчет КОВ каждого класса болезней и их суммирование в соответствии с этапом анализа распространенности заболеваний позволили рассчитать удельный вес значимости каждого класса, а также долю вклада каждого из 4-х информационных блоков.

На этой основе были установлены приоритеты заболеваний, и на каком этапе их выявления они наиболее значимы. Для этого общий суммарный КОВ отдельного класса болезней умножался на показатель удельного веса этого заболевания от всех болезней. При этом удельный вес значимости соответствующего класса болезней, выраженный в процентах, указывал на приоритет задействования отдельных медицинских служб по снижению распространенности заболеваний и повышению годности рассматриваемых контингентов к военной службе.

На заключительном этапе исследования была сформирована модель оценки распространенности патологии и значимости заболеваний при определении обороноспособного потенциала. Выбор представления информационно-аналитических этапов в виде модели обусловлен тем, что рассматриваются 3 основные информационные системы, отличающиеся контингентом, формированием данных и сбором информации, ее обработкой и оценкой показателей, но в целом характеризующие общее

представление о формировании обороноспособного потенциала. Так, информационная система о наличии заболеваний у юношей-подростков 15-17 лет по данным обращаемости за медицинской помощью характеризует заболеваемость (общая, первичная, диспансеризуемая) среди данного контингента населения. Из этой совокупности в 17 лет юноши проходят медицинское освидетельствование на предмет годности к военной службе, а предыдущая информационная база является основой для получения предварительной информации о состоянии здоровья того контингента, который идет на медицинское освидетельствование при первоначальной постановке на воинский учет (ППВУ). В свою очередь, медицинское освидетельствование при ППВУ является основой для последующего медицинского освидетельствования уже призываемых на военную службу. То есть рассматриваются 3 основные информационные базы (системы информации), которые последовательно дополняют друг друга при определении обороноспособного потенциала.

Отсюда модель включает 3 основных источника информации (сведения о заболеваемости юношей-подростков, результаты медицинского освидетельствования лиц допризывного возраста и результаты медицинского освидетельствования призывников), что рассматривается как входная часть модели. Расчет показателей заболеваемости и годности рассматриваемых трех контингентов, их сравнительная и интегрированная оценка составляют аналитическую часть модели (процессор), а определение количественной значимости распространенности заболеваний и приоритетов задействования медицинских служб рассматривается как итоговая часть (выход) модели.

Для представления модели в графическом виде использовался метод графопостроения, описанный Е. Н. Шиганом [209]. Более подробное описание модели представлено в виде 4-х основных этапов: оценка заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью; оценка распространенности заболеваний и

распределение по категориям годности к военной службе юношей при первоначальной постановке на воинский учет; оценка распространенности заболеваний и распределение по категориям годности лиц, призываемых на военную службу; определение значимости отдельных классов болезней для состояния здоровья и ограничения годности к военной службе (сравнительная и интегрированная оценка).

Статистическая обработка и представление результатов исследования проводились с использованием лицензионных пакетов прикладных программ Microsoft Office.

Глава 3
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЮНОШЕЙ-ПОДРОСТКОВ
В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ГОДНОСТЬ
К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

**3.1. Заболеваемость юношей-подростков по данным обращаемости за
медицинской помощью**

Характер заболеваемости юношей-подростков во многом определяет годность будущих призывников к военной службе. Учет заболеваний проводится по официальным статистическим источникам данных медицинских организаций по форме № 12 ФСН. Она включает сведения об обращаемости подростков в возрасте 15–17 лет за медицинской помощью по поводу заболевания. Учитывается общее количество обращений (общая заболеваемость), число обращений с диагнозом, установленным впервые в жизни, (первичная заболеваемость) и численность лиц, состоящих под диспансерным наблюдением (диспансеризуемая заболеваемость) в соответствии с отдельными классами и нозологическими группами болезней.

Анализ заболеваемости данного контингента населения (таблица 2) показал, что в среднем за 2012–2017 гг. уровень обращаемости подростков в медицинские учреждения по поводу заболевания составил 1865,6 ‰, т. е. в среднем на 1 юношу приходится 1,9 обращений в год по поводу болезней. Основная масса обращений связана с болезнями органов дыхания, когда из каждой тысячи подростков у 778,1 зафиксирован данный вид патологии, на который приходится 41,8 % всей заболеваемости юношей. На втором месте по уровню заболеваемости находится класс травм и отравлений, составляющий 201,7 ‰. с удельным весом 10,8 % от всех причин. Относительно высокий уровень заболеваемости отмечен от болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; глаза и его придаточного аппарата, а также психических расстройств и расстройств

поведения, величина распространенности которых составляет соответственно 131,3; 135,7 и 111,9 на 1000 подростков, а доля их в общей структуре причин – соответственно 7,0; 7,3 и 6,0 %.

Таблица 2 – Уровень и структура общей заболеваемости юношей-подростков Новосибирской области в среднем в год за период 2012–2017 гг.

Классы болезней	Общее количество заболевших (абс.)	Уровень заболеваемости на 1000 юношей	Удельный вес от всех болезней (%)	Ранговое место
1.Инфекционные и паразитарные болезни	1640	44,4	2,4	11
2.Новообразования	356	9,7	0,5	15
3.Болезни крови и кроветворных органов	302	8,2	0,4	16
4.Эндокринные заболевания	1891	51,2	2,7	9
5.Психические заболевания	4132	111,9	6,0	5
6.Болезни нервной системы	3065	82,9	4,4	8
7.Болезни глаза и его придаточного аппарата	5014	135,7	7,3	3
8.Болезни уха и сосцевидного отростка	1250	33,8	1,8	12
9.Болезни системы кровообращения	1667	45,1	2,4	10
10.Болезни органов дыхания	28742	778,1	41,8	1
11.Болезни органов пищеварения	3511	95,1	5,1	6
12.Болезни кожи и подкожной клетчатки	3294	89,2	4,8	7
13.Болезни костно-мышечной системы	4848	131,3	7,0	4
14.Болезни мочеполовой системы	884	23,9	1,3	13
15.Врожденные пороки развития	743	20,1	1,1	14
16.Прочие болезни	122	3,3	0,2	17
17.Травмы и отравления	7451	201,7	10,8	2
Всего	68908	1865,6	100,0	-

В определенной степени значимыми классами болезней данного контингента населения можно признать болезни кожи и подкожной клетчатки (89,2 ‰), органов пищеварения (95,1 ‰) и нервной системы (82,9 ‰). Уровень обращаемости по этим группам заболеваний был выше 80,0 ‰ и удельный вес среди всех болезней составлял более 4,0%. На указанные 8 классов болезней приходится 87,2 % всей обращаемости за медицинской помощью. Остальные 9 классов имеют незначительный уровень распространенности от 3,3 до 51,2 ‰ и долю менее 3,0 % по каждому из них.

Необходимо отметить, что при оценке распространенности патологии подростков имеет большое значение впервые выявленная болезнь или фиксировалась неоднократно, характеризуя в определенной степени хронизацию болезненного процесса. Анализ заболеваемости юношей, отмеченной как впервые установленной (таблица 3), свидетельствует, что более половины (56,7 %) всей заболеваемости приходится на болезни органов дыхания с уровнем первичной диагностики 686,2 на 1000 юношей-подростков. Второй по значимости патологией является травматизм, с величиной распространенности 201,7 ‰ и долей от всех причин 16,7 %. В группу основных болезней, определяющих первичную обращаемость за медицинской помощью, можно отнести такие классы, как болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни глаза и его придаточного аппарата, органов пищеварения, а также болезни уха и сосцевидного отростка. Уровень первичной заболеваемости по этим болезням составлял свыше 25,0 на 1000 подростков (от 26,2 до 59,0 ‰), а удельный вес их от всей патологии от 2,2 до 4,9 %.

На рассмотренные 8 классов болезней приходится 93,2 % всех впервые выявленных болезней. Остальные 9 классов в структуре первичной заболеваемости мало значимы.

Таблица 3 – Уровень и структура первичной заболеваемости юношей-подростков Новосибирской области в среднем в год за период 2012–2017 гг.

Классы болезней	Общее количество заболевших (абс.)	Уровень заболеваемости на 1000 юношей	Удельный вес от всех болезней (%)	Ранговое место	Удельный вес от общей заболеваемости (%)
1.Инфекционные и паразитарные болезни	1302	35,2	2,9	6	79,4
2.Новообразования	164	4,4	0,4	14	46,1
3.Болезни крови и кроветворных органов	125	3,4	0,3	15	41,4
4.Эндокринные заболевания	546	14,8	1,2	11	28,9
5.Психические заболевания	581	15,7	1,3	10	14,1
6.Болезни нервной системы	726	19,7	1,6	9	23,7
7.Болезни глаза и его придаточного аппарата	1299	35,2	2,9	7	25,9
8.Болезни уха и сосцевидного отростка	966	26,2	2,2	8	77,3
9.Болезни системы кровообращения	512	13,9	1,2	12	30,7
10.Болезни органов дыхания	25347	686,2	56,7	1	88,2
11.Болезни органов пищеварения	1480	40,1	3,3	5	42,2
12.Болезни кожи и подкожной клетчатки	2181	59,0	4,9	3	66,2
13.Болезни костно-мышечной системы	1615	43,7	3,6	4	33,3
14.Болезни мочеполовой системы	290	7,9	0,6	13	32,8
15.Врожденные пороки развития	67	1,8	0,1	16	9,0
16.Прочие болезни	53	1,4	0,1	17	43,4
17.Травмы и отравления	7451	201,7	16,7	2	100,0
Всего	44705	1210,3	100,0	-	64,9

Для дальнейшего анализа значимости заболеваний юношей-подростков в формировании здоровья на последующие периоды жизни важно установить долю впервые выявленной патологии в общем объеме заболеваемости. Как показано в таблице 3, наибольший удельный вес первичных обращений отмечен при заболеваниях органов дыхания, составляющий 88,2 %. Также большая доля впервые выявленной патологии (66,2–79,4 %) фиксируется при инфекционных и паразитарных заболеваниях, болезнях уха и сосцевидного отростка, кожи и подкожной клетчатки. От 23,7 до 46,1 % первичной заболеваемости регистрируется при обращениях по поводу новообразований, болезней крови и кроветворных органов, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов пищеварения, мочеполовой системы, эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, глаза и его придаточного аппарата, а также нервной системы.

Имеется ряд классов болезней, где доля первичных обращений в общем объеме минимальна, составляя менее 15,0 %. Это психические расстройства и расстройства поведения, а также врожденные аномалии развития. Низкий удельный вес первичной заболеваемости в общем объеме обращений за медицинской помощью в определенной степени свидетельствует о хронизации патологии, что в ряде случаев требует наблюдения и постановки больных на диспансерный учет.

Анализ уровня и структуры диспансерного наблюдения юношей-подростков (таблица 4) показал, что ведущими классами болезней, которые определяют основную массу диспансерного учета, являются заболевания органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата, нервной системы и органов пищеварения, с уровнем диспансеризации подростков 40,9–70,2 %, и на которые приходится 65,9 % от всех юношей, состоящих на учете.

Таблица 4 – Уровень и структура диспансерного наблюдения юношей-подростков в Новосибирской области в среднем за 2012–2017 гг.

Классы болезней	Общее количество заболевших (абс.)	Уровень заболеваемости на 1000 юношей	Удельный вес от всех болезней (%)	Ранговое место
1.Инфекционные и паразитарные болезни	132	3,6	0,9	15
2.Новообразования	162	4,4	1,1	14
3.Болезни крови и кроветворных органов	176	4,8	1,2	12
4.Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1185	32,1	7,8	6
5.Психические заболевания	845	22,9	5,6	8
6.Болезни нервной системы	1744	47,2	11,5	4
7.Болезни глаза и его придаточного аппарата	1952	52,8	12,9	3
8.Болезни уха и сосцевидного отростка	172	4,7	1,1	13
9.Болезни системы кровообращения	930	25,2	6,2	7
10.Болезни органов дыхания	2593	70,2	17,1	1
11.Болезни органов пищеварения	1512	40,9	10,0	5
12.Болезни кожи и подкожной клетчатки	467	13,6	3,1	11
13.Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2183	59,1	14,4	2
14.Болезни мочеполовой системы	489	13,2	3,2	9
15.Врожденные пороки развития	486	13,2	3,2	10
16.Прочие болезни	105	2,8	0,7	16
Всего	15133	409,7	100,0	-

Определенную значимость при постановке на диспансерный учет имеют такие заболевания, как болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, когда из каждой 1000 подростков 32,1 наблюдаются у соответствующего специалиста, а также болезни системы кровообращения (25,2‰), психические расстройства и

расстройства поведения (22,9 ‰). Остальные классы патологии в меньшей степени определяют постановку на диспансерный учет (13,2 ‰ и ниже) с удельным весом в общем объеме диспансерного наблюдения менее 3,3 % по каждому классу.

Для комплексной оценки значимости классов болезней в формировании здоровья юношей-подростков, использовалась ранговая оценка (распределение мест) и расчет коэффициентов относительной важности (КОВ) на основе трех показателей: общего уровня обращаемости за медицинской помощью, удельного веса хронизации патологии (обратная величина доли первичной заболеваемости в общей) и уровня диспансерного учета.

Анализ распределения ранговых мест по трем показателям (таблица 5) позволил выявить 11 основных классов болезней (сумма мест не более 35): болезни глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения, заболевания органов дыхания, пищеварения, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, врожденные аномалии, болезни системы кровообращения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, на которые был рассчитан КОВ (таблица 6). Его расчет позволил установить количественную величину значимости соответствующего класса болезней в заболеваемости юношей-подростков.

Результаты показали, что на первом месте при интегрировании указанных ранее трех показателей (несмотря на 5-е место по ранговой оценке) находятся болезни органов дыхания с величиной КОВ=0,162 и удельным весом значимости среди оцениваемых 11 классов патологии 16,0 %.

Таблица 5 – Уровень значимости (по сумме ранговых мест) отдельных классов болезней у юношей-подростков Новосибирской области в среднем за 2012–2017 гг.

Классы болезней	Общая заболеваемость	Хронизация патологии	Диспансерный учет	Сумма мест	Место значимости
1.Инфекционные и паразитарные болезни	11	15	15	41	15–16
2.Новообразования	15	12	14	41	15–16
3.Болезни крови и кроветворных органов	16	10	12	38	13
4.Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	9	5	6	20	6–7
Психические расстройства и расстройства поведения	5	2	8	15	3–4
6.Болезни нервной системы	8	3	4	15	3–4
7.Болезни глаза и его придаточного аппарата	3	4	3	10	1
8.Болезни уха и сосцевидного отростка	12	14	13	39	14
9.Болезни системы кровообращения	10	7	7	24	8
10.Болезни органов дыхания	1	16	1	18	5
11.Болезни органов пищеварения	6	9	5	20	6–7
12.Болезни кожи и подкожной клетчатки	7	13	11	31	11
13.Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4	8	2	14	2
14.Болезни мочеполовой системы	13	6	9	28	10
15.Врожденные пороки развития	14	1	10	25	9
16.Прочие болезни	17	11	16	44	17
17.Травмы и отравления	2	17	17	36	12

Таблица 6 – Расчет значимости классов болезней в формировании заболеваемости юношей-подростков Новосибирской области

Место по сумме рангов	Классы болезней	Уровень общей заболеваемости на 1000 подростков	Удельный вес хронизации	Произведение 3–4 граф	Уровень диспансерного учета на 1000 подростков	КОВ (сумма 5 и 6 граф/ на 1000)	Значимость	
							Место	Удельный вес (%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Болезни глаза и его придаточного аппарата	135,7	0,741	100,6	52,8	0,153	2	15,1
2	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	131,3	0,667	87,6	59,1	0,147	3	14,5
3	Болезни нервной системы	82,9	0,763	63,2	47,2	0,110	5	10,8
4	Психические расстройства и расстройства поведения	111,9	0,859	96,1	22,9	0,119	4	11,7
5	Болезни органов дыхания	778,1	0,118	91,8	70,2	0,162	1	16,0
6	Болезни органов пищеварения	95,1	0,578	55,0	40,9	0,096	6	9,5
7	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	51,2	0,711	36,4	32,1	0,068	7	6,7
8	Врожденные аномалии	20,1	0,910	18,3	13,2	0,032	-	3,1
9	Болезни системы кровообращения	45,1	0,693	31,2	25,2	0,057	8	5,6
10	Болезни мочеполовой системы	23,9	0,672	16,1	13,2	0,029	-	2,8
11	Болезни кожи и подкожной клетчатки	89,2	0,338	30,1	12,6	0,043	-	4,2
	Сумма	-	-	-	-	1,016	-	100,0

Этот класс болезней является ведущим по уровню обращаемости и количеству подростков, состоящих на диспансерном учете, что и обеспечило ему лидирующее положение. На втором месте по результатам комплексной оценки находятся болезни глаза и его придаточного аппарата, которые по сумме мест являются ведущим классом патологии, с удельным весом значимости 15,1 %. Третью позицию занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с удельным весом значимости – 14,5 %. Данный класс патологии занимает 3-е место по обращаемости и 2-е по уровню диспансерного учета. Четвертое и пятое места у подростков приходятся на психические расстройства и болезни нервной системы, что определено значительным удельным весом хронизации этих патологических процессов и соответственно существенной долей значимости (10,8–11,7 %). Несколько меньшую долю значимости (9,5 %) составляют болезни органов пищеварения, а также эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (6,7 %) и системы кровообращения (5,6 %). Врожденные аномалии, несмотря на ведущее место по уровню хронизации патологии, не имеют высокой значимости (3,1 %) ввиду относительно низкого уровня распространенности. Также малую значимость представляют болезни мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки.

Таким образом, расчет КОВ позволил определить 8 основных классов болезней, на которые приходится 89,9 % значимости в формировании здоровья юношей-подростков и потребности в совершенствовании лечебно-оздоровительных мероприятий.

При дальнейшем анализе целесообразно было выделить среди основных классов болезней ведущие нозологические группы заболеваний, которые отражены в форме № 12 ФСН. Всего в анализ включены 17 групп заболеваний, представляющих 10 классов болезней (таблица 7), на которые приходится 63,6 % значимости от всех основных классов болезней.

Таблица 7 – Расчет коэффициентов относительной значимости отдельных нозологических групп болезней, определяющих заболеваемость юношей-подростков в Новосибирской области

Нозологические группы	Шифр по МКБ-Х	Общая заболеваемость на 1000 подростков	Удельный вес хронизации патологии	Произведение 3 и 4 граф	Уровень диспансеризации на 1000 подростков	Значимость	
						Коэффициент	Место
1	2	3	4	5	6	7	8
Болезни щитовидной железы	E00-07	11,9	0,634	7,5	9,4	0,017	16
Ожирение	E66	18,0	0,699	12,6	14,7	0,027	9
Психические расстройства при употреблении психоактивных веществ	F10-F19	42,3	0,704	29,8	1,7	0,032	8
Эпизодогенные и пароксизмальные расстройства	G40-47	10,2	0,753	7,7	7,4	0,015	17
Расстройства вегетативной нервной системы	G90	46,2	0,655	30,3	35,4	0,066	4
Миопия	H52.1	66,9	0,828	55,4	39,1	0,095	1
Астигматизм	H52.2	14,4	0,842	12,1	9,2	0,021	12
Артериальная гипертензия	I10-13	12,1	0,641	7,8	9,6	0,017	15
Болезни сердца	I30-51	15,9	0,704	11,2	11,9	0,023	10
Хронические болезни миндалин	J35-36	39,1	0,772	30,2	28,6	0,059	5
Астма	J45-46	38,6	0,916	35,3	35,7	0,071	3
Гастрит и дуоденит	K29	27,2	0,631	17,2	19,1	0,036	7
Болезни желчного пузыря	K80-83	13,7	0,708	9,7	10,7	0,020	13
Артропатии	M00-25	32,8	0,647	21,2	19,0	0,040	6
Деформирующие дорсопатии	M40-43	72,3	0,659	47,7	46,5	0,094	2
Гломерулонефрит	N00-07, N09-15, N25-28	12,7	0,838	10,6	10,7	0,021	11
Врожденные аномалии системы кровообращения	Q20-28	11,4	0,892	10,2	8,0	0,018	14

Результаты расчетов показали, что ведущими группами заболеваний, определяющими состояние здоровья юношей-подростков, являются миопия (шифр по МКБ-Х – H52.1) и деформирующие дорсопатии (M40–43), имеющие высокие уровни всех трех рассматриваемых показателей. Несколько меньшую значимость имеют различные формы астмы (J45–46) с высоким уровнем хронизации патологии до 91,6 %.

Далее можно выделить группу расстройств вегетативной нервной системы (G90), хронических заболеваний миндалин, аденоидов и перитонзиллярного абсцесса (J35–J36), артропатии (M00–25), гастриты и дуодениты (K29), психические расстройства вследствие потребления психоактивных веществ (F10–F19) с КОВ в пределах 0,027–0,066. Остальные 8 групп заболеваний, хотя и имели высокий уровень хронизации патологии, но ввиду невысокого уровня распространенности были относительно менее значимы (КОВ=0,015–0,023).

Таким образом, проведенный анализ заболеваемости юношей-подростков в Новосибирской области позволил определить основные классы болезней и группы заболеваний (интегрированная оценка и количественная значимость), формирующие обращаемость за медицинской помощью и в целом состояние здоровья этого контингента населения, из которого в дальнейшем делается отбор при призыве на военную службу. Установлено, что ведущими заболеваниями являются болезни глаза и его придаточного аппарата (в частности, миопия и астигматизм), костно-мышечной системы и соединительной ткани (артропатии и деформирующие дорсопатии), нервной системы (расстройства вегетативной нервной системы, эпизодогенные и пароксизмальные расстройства), психические расстройства и расстройства поведения, в том числе при потреблении психоактивных веществ, органов дыхания (астма и хронические болезни миндалин), органов пищеварения (гастриты, дуодениты, болезни желчного пузыря), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (болезни щитовидной

железы, ожирение), врожденные аномалии (как правило, системы кровообращения), болезни системы кровообращения (артериальная гипертензия и болезни сердца), мочеполовой системы (гломерулонефрит).

3.2. Анализ динамики и структуры заболеваний юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет в Новосибирской области

Оценка состояния здоровья и годности к военной службе юношей-подростков определяется по результатам медицинского освидетельствования при их первоначальной постановке на воинский учет в 17-летнем возрасте. Характер заболеваемости подростков по данным обращаемости за медицинской помощью, их диспансеризация формируют общий «патологический фон». Результаты медицинского освидетельствования дают более полное представление о годности подростков к службе в армии. За рассматриваемый 18-летний период было установлено, что в среднем 60,5 % освидетельствованных имели ту или иную патологию, снижающую их годность к военной службе. Амплитуда разброса этого показателя составляла от 56,4 (2005 г.) до 69,5 % (2002 г.). Уровень впервые установленной патологии колебался в пределах от 9,5 (2016 г.) до 28,8 на 100 освидетельствованных (2001 г.). В среднем показатель первичной выявляемости составил 11,0 на 100 освидетельствованных, а 17,8 % всех зафиксированных заболеваний у юношей-подростков были впервые выявлены при медицинском освидетельствовании.

При рассмотрении динамики медицинских освидетельствований подростков при первоначальной постановке на воинский учет было целесообразно разделить временной отрезок на 3 периода (таблица 8).

Характерно, что в течение 18 лет идет сокращение численности подростков, проходящих медицинское освидетельствование. Так, если в начале 2000-х годов их численность в среднем составляла 21,4 тыс.

человек в год, то в период 2005–2009 гг. – 17,4 тыс. чел., а в последующие годы – 11,7 тысяч (2010–2014 гг.) и 11,1 тыс. (2015–2017 гг.).

Таблица 8 – Показатели общего числа впервые выявленных заболеваний у юношей подростков в Новосибирской области по результатам медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет за 2000–2017 гг. (на 100 освидетельствованных)

Годы	Число больных	Число впервые выявленных заболеваний	Удельный вес впервые выявленных заболеваний (%)
2000–2004	65,5	24,1	36,7
2005–2009	61,6	10,9	17,8
2010–2014	62,0	11,2	18,1
2015–2017	60,0	9,9	15,9

Уровень выявления больных подростков за рассматриваемые годы изменился. В течение 2000–2004 гг. количество лиц данного возраста с заболеваниями составляло 65,5 на 100 освидетельствованных, а в последующие годы уменьшилось до 60,0.

Важно отметить, что за рассматриваемый период резко сократилось количество подростков с впервые установленным диагнозом заболеваний. Так, если в 2000–2004 гг. из каждых 100 освидетельствованных у 24,1 % впервые регистрировалась патология, то в последующие периоды их численность составляла 9,9–11,2 %, т. е. имело место снижение этого показателя в 2,4 раза. Соответственно отмечалось сокращение в 2,3 раза удельного веса впервые установленной патологии среди общего количества зарегистрированных заболеваний с 36,7 (в 2000–2004 гг.) до 15,9 % (в 2015–2017 гг.). Это может свидетельствовать, с одной стороны, о доступности и характере обращаемости за медицинской помощью, с другой – о повышении качества диагностики заболеваний у юношей-подростков в период до их медицинского освидетельствования.

Анализ распространенности заболеваний по отдельным классам болезней (таблица 9) показал, что во все годы рассматриваемого периода 87,7–89,0 % патологии приходится на 8 основных классов болезней. Ведущее место занимают эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ, удельный вес которых составляет 25,6–28,0 % от всех заболеваний. При этом, если в первые 10 лет рассматриваемого периода отмечался рост распространенности этой патологии среди подростков со 161,1 до 171,2 на 1000 освидетельствованных, то в последующие годы имело место снижение этого показателя до 154,6–156,4 ‰.

Второй по значимости группой заболеваний являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. На их долю приходится от 14,1 до 17,4 %. Причем, если в динамике до 2014 г. наблюдалось увеличение распространенности этого класса заболеваний с 94,7 до 105,1 ‰, то в последующий период распространенность этого класса сократилась до 80,2 ‰.

Значительный удельный вес среди освидетельствованных подростков занимали психические расстройства и расстройства поведения, составляющие 10,0–12,7 % от всех болезней. В период с 2000 до 2014 г. отмечалось снижение уровня выявляемости этой патологии с 79,0 до 60,4 ‰, а далее имело место увеличение показателя до 70,2 ‰. В свою очередь, болезни нервной системы имеют тенденцию к уменьшению распространенности с 62,6 до 32,3 ‰ и снижению удельного веса с 10,0 до 5,7 %. Неслучайно, что этот класс болезней в последующие годы сместился с 4-го на 7-е место. В то же время болезни органов дыхания за рассматриваемый период перешли с 7-го места на 4-е и стали составлять в структуре патологии 9,0 %, с уровнем выявляемости 51,2 ‰.

Таблица 9 – Уровни и структура заболеваемости юношей-подростков по результатам медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет

Классы* болезней по МКБ-10	Годы											
	2000–2004			2004–2009			2010–2014			2015–2017		
	%	на 1000 освидетельство- ванных	ранг	%	на 1000 освидетельство- ванных	ранг	%	на 1000 освидетельство- ванных	ранг	%	на 1000 освидетельство- ванных	ранг
I	0,5	2,8	15	0,3	1,7	16	0,2	1,4	16	0,2	1,4	16
II	0,3	2,0	16	0,3	2,1	1615	0,4	2,4	15	0,6	3,3	15
III	0,6	3,5	14	0,5	3,3	1514	0,9	5,5	13	1,0	5,8	12
IV	25,8	161,1	1	28,0	171,2	1	25,6	154,6	1	27,5	156,4	1
V	12,7	79,0	3	12,0	73,5	3	10,0	60,4	3	12,3	70,2	3
VI	10,0	62,6	4	9,6	58,7	4	7,9	48,0	6	5,7	32,3	7
VII	7,1	44,0	5	7,3	44,8	5	8,1	47,5	5	8,9	50,8	5
VIII	1,8	11,2	12	1,1	6,5	13	0,7	4,3	14	0,8	4,5	14
IX	6,0	37,8	6	5,5	33,4	7	6,7	41,7	7	7,9	44,7	6
X	5,6	35,0	7	5,8	35,1	6	8,2	49,6	4	9,0	51,2	4
XI	5,3	33,1	8	4,3	26,2	8	4,3	26,2	8	3,6	20,6	8
XII	2,4	14,7	10	2,5	15,1	10	2,9	17,8	9	3,4	19,1	9
XIII	15,2	94,7	2	16,2	99,1	2	17,4	105,1	2	14,1	80,2	2
XIV	2,0	12,7	11	1,6	9,5	12	1,6	9,7	12	2,0	11,1	11
XIX	1,7	10,7	13	2,0	11,9	11	2,2	13,3	11	2,1	11,7	10
Прочие	3,0	18,6	9	3,0	18,5	9	2,9	17,8	10	0,9	5,3	13
Всего	100,0	623,5	-	100,0	610,6	-	100,0	605,2	-	100,0	568,6	-

* Классы болезней: I – Инфекционные и паразитарные болезни; II – Новообразования; III – Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; IV – Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; V – Психические расстройства и расстройства поведения; VI – Болезни нервной системы; VII – Болезни глаза и его придаточного аппарата; VIII – Болезни уха и сосцевидного отростка; IX – Болезни системы кровообращения; X – Болезни органов дыхания; XI – Болезни органов пищеварения; XII – Болезни кожи и подкожной клетчатки; XIII – Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XIV – Болезни мочеполовой системы; XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Немаловажное значение для оценки распространенности патологии среди подростков имеют заболевания глаза и его придаточного аппарата, уровень выявляемости заболеваний данного органа в динамике имел рост с 44,0 до 50,8 % и долей в общей структуре болезней от 7,0 до 8,9 %.

В определенной степени к группе ведущих заболеваний можно отнести болезни системы кровообращения и органов пищеварения. Их удельный вес за весь рассматриваемый период в общем объеме патологии составлял соответственно 5,5–7,9 % и 3,6–5,3 %.

При этом распространенность сердечно-сосудистой патологии в последние годы выросла с 33,4 до 44,7 %, а органов пищеварения снизилась с 33,1 до 20,6 %. Остальные классы болезней в общем объеме патологии составили всего 11,0–12,3 %.

Вместе с тем следует обратить внимание на увеличение распространенности среди подростков болезней кожи и подкожной клетчатки, уровень которых вырос с 14,7 до 19,1 %, они стабильно занимают 9-е место с долей в общей структуре 2,5–3,4 %. Их тоже можно рассматривать в качестве значимой патологии.

Важно отметить, что в последние 3 года в структуре выявленных заболеваний уменьшилась доля прочих болезней с 3,0 до 0,9 %, а уровень распространенности – с 18,6 до 5,3 %. Это в определенной степени связано с тем, что в период 2000–2013 гг. в перечне болезней отдельно выделялся класс врожденной патологии, и в данном анализе он был включен в группу прочих заболеваний. В последние годы при выявлении врожденных аномалий их стали регистрировать в соответствующие классы болезней относительно органа поражения. Это соответственно привело к сокращению учета врожденной патологии в группе прочих заболеваний.

Таким образом, можно констатировать, что в последние годы ведущими классами болезней, выявляемыми среди лиц допризывного возраста при медицинском освидетельствовании, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ;

костно-мышечной системы и соединительной ткани; психические расстройства и расстройства поведения; болезни органов дыхания; глаза и его придаточного аппарата; системы кровообращения; нервной системы; органов пищеварения, составляющие 89,0 % от всей установленной патологии.

В целом можно заключить, что результаты медицинского освидетельствования юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет в достаточной степени характеризуют уровень и структуру распространенности патологии среди данного контингента, отражая воздействие на них в течение 18 лет всего комплекса факторов среды, образа жизни, медицинского обслуживания и в целом охраны здоровья. Это является основой для определения востребованности диагностических, лечебных и профилактических технологий, а также оценки качества трудового и обороноспособного потенциала.

Готовность подрастающего поколения к военной службе определяется на основе экспертных заключений и установления категории годности. В целом за рассматриваемый 18-летний период 39,5 % освидетельствованных подростков были признаны годными к военной службе (категория «А»), 27,3 % – годными с незначительными ограничениями (категория «Б»), 20,4 % – ограниченно годными (категория «В»), 11,0 % – временно не годными (категория «Г») и 1,8 % – полностью не годными (категория «Д»).

Сравнительный анализ годности к военной службе подростков в соответствии с выделенными годовыми периодами (таблица 10) показал увеличение количества подростков категорий «А» и «Б» с 60,9 до 68,5 на 100 освидетельствованных.

В свою очередь, снизилась доля лиц, ограниченно годных, временно не годных и абсолютно не годных (категории «В», «Г» и «Д») с 39,1 до 31,5 на 100 освидетельствованных. Это указывает с одной стороны на снижение тяжести выявленных заболеваний, с другой – на качество

диагностики заболеваний при диспансеризации подростков в предыдущие годы, с третьей – на эффективность реализации лечебно-оздоровительных мер.

Таблица 10 – Распределение юношей-подростков по категориям годности при первичной постановке на воинский учет в Новосибирской области за 2000–2017 гг. (%)

Категория	Годы				Прирост\убыль в целом за период (кол-во процентных пунктов)
	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015–2017	
А	37,7	38,9	39,5	40,0	2,3
Б	23,2	23,8	24,8	28,5	5,3
В	23,4	22,6	21,3	19,6	-3,8
Г	13,7	12,8	12,6	10,2	-3,5
Д	2,0	1,9	1,8	1,7	-0,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	-

Для подростков, определяемых в категории «Б» (годны с незначительными ограничениями) ведущими классами патологии (рисунок 1) являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни глаза и его придаточного аппарата, а также нервной системы, на которые приходится соответственно 29,4; 20,6; 12,3 и 11,1 % от всей патологии, что в сумме составляет 73,4 %.

В определенной степени незначительные ограничения годности связаны с болезнями системы кровообращения (8,5 %), органов пищеварения (7,8 %) и органов дыхания (6,0 %). Остальные 12 классов заболеваний в сумме составляют 4,3 %.

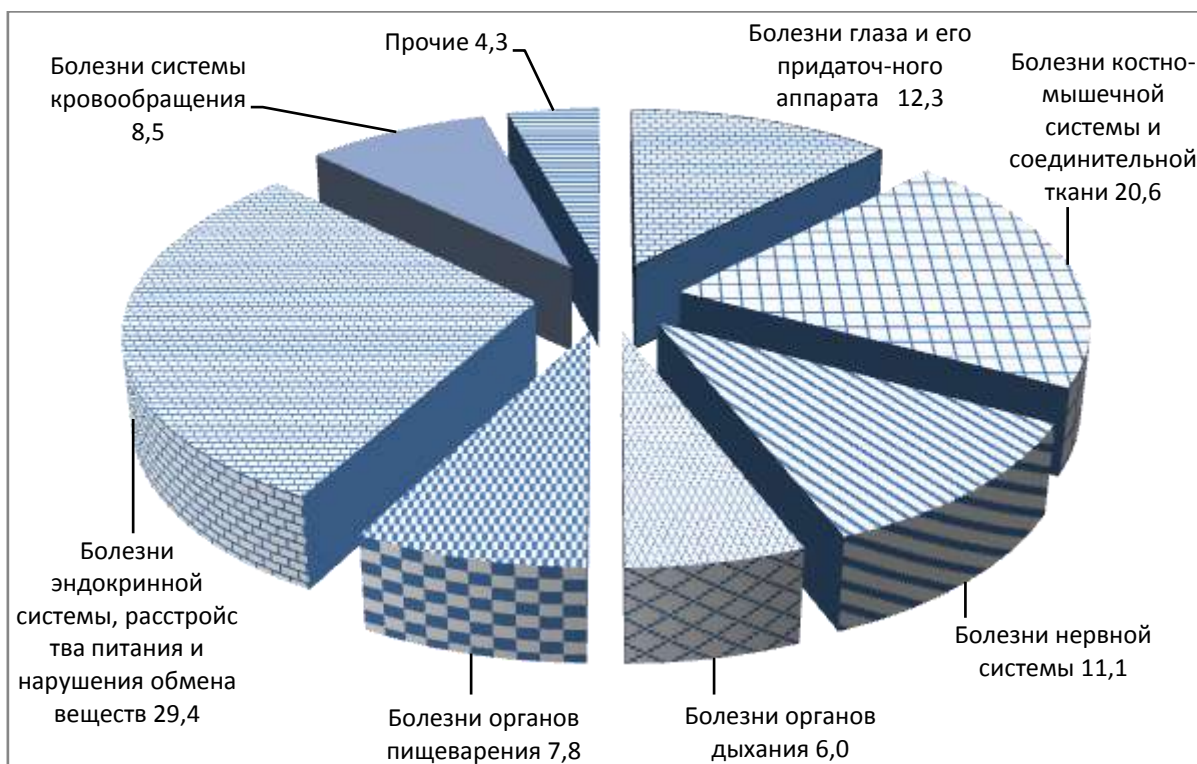


Рисунок 1 – Удельный вес (в %) классов болезней, определяющих незначительные ограничения годности (категория «Б») юношей-подростков в Новосибирской области в результате медицинского освидетельствования при первичной постановке на воинский учет

Для подростков, отнесенных к категории «В» (ограниченно годные) можно выделить 2 основных класса болезней (рисунок 2) – это психические расстройства и расстройства поведения, составляющие 24,2 % от всех болезней, а также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на которые приходится 21,5 %.

В определенной мере можно признать значимыми для этой категории подростков болезни органов дыхания, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, кожи и подкожной клетчатки, с долей их вклада в ограничение годности соответственно 9,7; 9,2; 6,1 и 6,0 %.

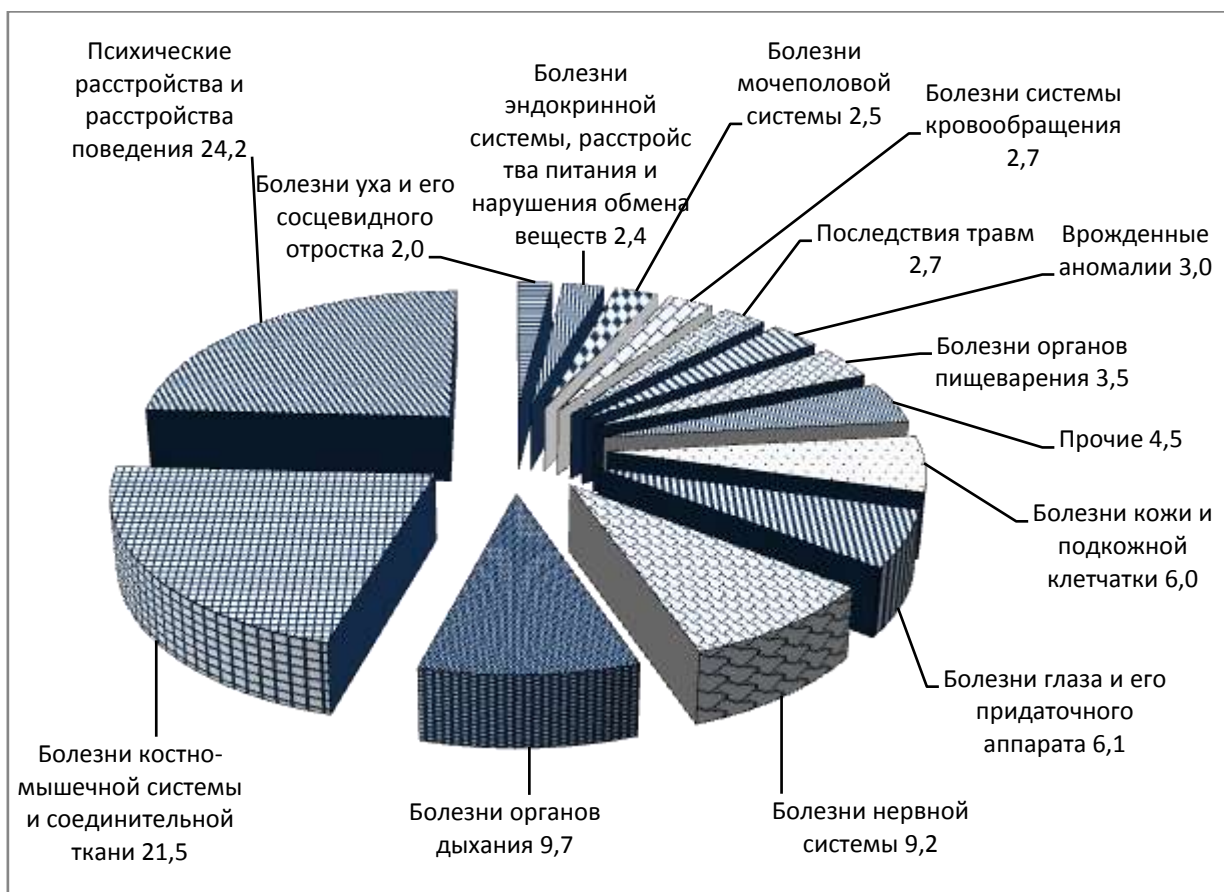


Рисунок 2 – Удельный вес (в %) классов болезней, определяющих ограниченную годность (категория «В») юношей-подростков в Новосибирской области в результате медицинского освидетельствования при первичной постановке на воинский учет

Таким образом, на шесть ведущих классов патологии приходится 76,7 % всей ограниченной годности. Остальные 11 классов болезней менее существенно влияют на ограничение годности в этой категории подростков при первичной постановке на воинский учет, составляя от 0,4 до 3,5 %.

Для юношей, отнесенных к категории «Г» (временно не годные) основным классом патологии (рисунок 3) являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, определяющих 66,4 % всех временно не годных к военной службе юношей.

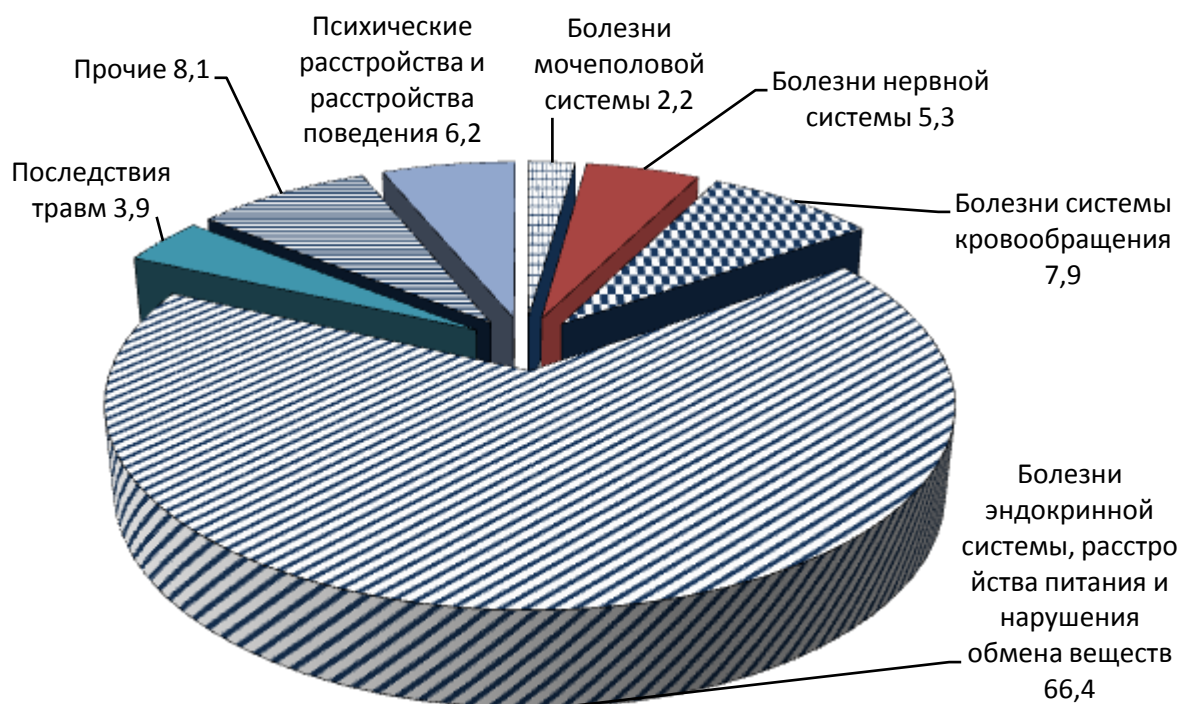


Рисунок 3 – Удельный вес (в %) классов болезней, определяющих временную негодность (категория «Г») юношей-подростков в Новосибирской области в результате медицинского освидетельствования при первичной постановке на воинский учет

Определенную значимость в этой категории подростков имеют болезни системы кровообращения, психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, последствия травм и заболевания мочеполовых органов, составляющие соответственно от 7,9 до 2,2%. На остальные 11 классов болезней приходится менее 2,0% по каждому с общим объемом патологии 8,1%.

Среди заболеваний, формирующих полную негодность к военной службе (категория «Д»), главными являются (рисунок 4) психические расстройства и расстройства поведения, определившие 43,2 % случаев установления негодности к военной службе в этой категории юношей, а также болезни нервной системы, на которые приходится 15,9 % лиц, отнесенных к категории «Д».

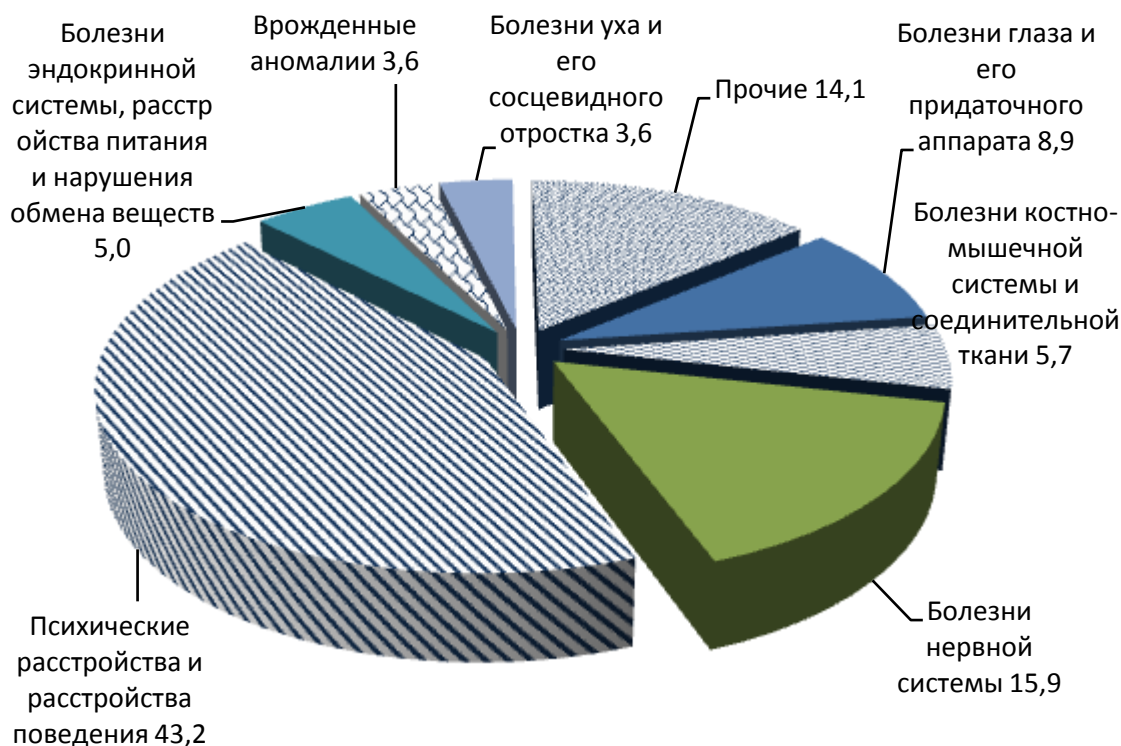


Рисунок 4 – Структура (в %) классов болезней, определяющих полную негодность (категория «Д») юношей-подростков в Новосибирской области в результате медицинского освидетельствования при первичной постановке на воинский учет

Таким образом, по результатам медицинского освидетельствования юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет в среднем у 62,8 из 100 освидетельствованных выявляется наличие заболеваний, из которых 22,5 % установлены впервые в жизни. В динамике по годам уровень распространенности заболеваний существенно не изменился, но имеет место сокращение в 2,0 раза удельного веса впервые регистрируемой патологии. Это способствовало некоторому увеличению показателя годности подростков к военной службе (категории «А» и «Б») и, параллельно, сокращению удельного веса лиц, ограниченно годных и временно не годных (категории «В» и «Г»). Среди заболеваний, ограничивающих годность к военной службе, основными являются психические расстройства и расстройства поведения, а также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Временную негодность к военной службе определяют болезни эндокринной системы,

расстройства питания и нарушения обмена веществ, а полную негодность – психические расстройства и болезни нервной системы.

В целом ведущими классами заболеваний, ограничивающих годность к военной службе у юношей-подростков при первоначальном медицинском освидетельствовании по всем категориям, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, составляющие 25,4 % всех случаев выявленной патологии. При этом у 80,1 % юношей-подростков с наличием данных заболеваний установлена временная негодность (категория «Г») к военной службе (таблица 11). Другим ведущим классом болезней являются психические расстройства и расстройства поведения, на долю которых приходится 16,6 % всех ограничений годности, где в 76,5 % случаев заболеваний подростков зафиксирована категория «В» (ограниченно годны). Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в 14,1 % случаев определяют характер годности к военной службе, при этом 80,4 % юношей с данной патологией являются ограниченно годными (категория «В»).

Также в группу основных заболеваний можно отнести болезни нервной системы, органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, на которые приходится соответственно 8,6; 6,5 и 5,2 % всех причин ограничения годности, когда соответственно у 56,9; 79,1 и 62,1 % освидетельствованных с указанными болезнями регистрируется категория «В» (ограниченно годны). В определенной степени к ведущим заболеваниям следует добавить и болезни системы кровообращения с удельным весом их в общем объеме ограничения годности 5,0 %, где почти половина (48,4 %) случаев заболевания определяет временную негодность к военной службе (категория «Г»).

Таким образом, главными классами болезней, ограничивающих годность к военной службе, у юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет в 81,4 % случаев являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ;

психические расстройства и расстройства поведения; заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани; нервной системы; органов дыхания; глаза и его придаточного аппарата; системы кровообращения. Остальные 10 классов болезней составляют менее 3,5 % по каждому.

Таблица 11 – Распределение по категориям годности* к военной службе (в %) юношей-подростков Новосибирской области относительно основных причин, ограничивающих годность, при первоначальной постановке на воинский учет

Основные причины	Категория годности				Всего
	Б	В	Г	Д	
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	14,0	5,0	80,1	0,9	100,0
Психические расстройства и расстройства поведения	0,4	76,5	11,4	11,7	100,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	17,8	80,4	-	1,8	100,0
Болезни нервной системы	15,7	56,9	19,0	8,4	100,0
Болезни органов дыхания	11,4	79,1	8,8	0,7	100,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	28,7	62,1	1,5	7,7	100,0
Болезни системы кровообращения	20,7	28,6	48,4	2,3	100,0

* с наличием заболеваний, установленных по результатам их медицинского освидетельствования и определяющих основные причины, ограничивающие годность

При этом в случае заболеваний эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ в основном подростки признаются временно не годными, а при психических расстройствах, болезнях костно-мышечной системы, органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата – ограниченно годными. Это свидетельствует о тяжести выявляемой патологии, характере реализации соответствующих лечебно-оздоровительных мер, перспективах призыва и медицинского

освидетельствования призывников для прохождения службы в рядах Вооруженных Сил.

На следующем этапе анализа были рассмотрены основные нозологические формы и группы заболеваний (по статьям расписания болезней), ограничивающие годность подростков в перспективе к военной службе. Всего было выделено 13 групп патологии, представляющие 9 классов болезней, на которые приходится 76,5 % от всех заболеваний (таблица 12). Основной группой патологии, выявляемой при медицинском освидетельствовании у подростков, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, на долю которых приходится 25,4 %, и практически у каждого шестого обследованного (153,7 на 1000 освидетельствованных) выявляется данная патология. При этом юношей с заболеваниями этой группы болезней в 50,1 % случаев относят к категории временно не годных к военной службе, а в 44,0 % – они признаются годными с незначительными ограничениями.

Второй по значимости группой патологии являются заболевания позвоночника и их последствия. Удельный вес в общем объеме болезней составляет 11,7 %, а выявляемость – 70,6 на 1000 освидетельствованных. При этом 61,4 % подростков являются годными с незначительными ограничениями, а 38,1 % – ограниченно годными к военной службе.

Третьей группой патологии, составляющей 7,0 % от всех заболеваний, признаны такие заболевания глаза как нарушение рефракции и аккомодации, слепота, пониженное зрение, аномалии цветового зрения с уровнем распространенности 42,1 ‰. На них приходится 88,6 % всех болезней в этом классе, и 64,4 % освидетельствованных относят к категории годных с незначительными ограничениями, а 32,4 % – ограниченно годными.

Таблица 12 – Уровни распространенности и удельный вес основных групп заболеваний и функциональных расстройств, ограничивающих годность к военной службе юношей подростков при первоначальной постановке на воинский учет

Группы заболеваний	Класс по МКБ-10	Статьи расписания болезней	На 1000 освидетельствованных	Доля (%) в классе	Удельный вес (%) от всех болезней	Ранг
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (исключая эутиреоидный зоб)	IV	13	153,7	99,4	25,4	1
Органические психические расстройства	V	14	16,0	26,6	2,7	9
Умственная отсталость	V	20	24,8	47,1	4,7	5
Дегенеративные болезни нервной системы, детский церебральный паралич и другие	VI	23; 25	24,3	50,6	4,2	7
Нарушение рефракции и аккомодации, слепота, пониженное зрение	VII	34; 35	42,1	88,6	7,0	3
Ревматические и другие поражения сердца, в т.ч. врожденные	IX	42	12,4	29,8	2,1	10
Временные функциональные расстройства системы кровообращения	IX	48	11,9	28,4	2,0	13
Болезни полости носа, околоносовых пазух, глотки	X	49	12,1	24,4	2,0	11
Бронхиальная астма	X	52	32,8	66,1	5,4	4
Болезни желудка, 12-перстной кишки, печени, желчных путей, поджелудочной железы	IX	58; 59	12,0	45,8	2,0	12
Болезни кожи и подкожной клетчатки	XII	62	16,5	92,5	2,7	8
Болезни позвоночника и их последствия	XIII	66	70,6	67,2	11,7	2
Плоскостопие и другие деформации стопы	XIII	68	27,9	26,7	4,6	6

Следующей патологией по распространенности среди подростков является бронхиальная астма, которая была установлена у 32,8 освидетельствованных из 1000, и удельный вес ее значимости среди всех заболеваний составил 5,4 %. Характерно, что все юноши с этой патологией относятся к категории ограниченно годных к военной службе.

Немаловажное значение имеет тот факт, что при медицинском освидетельствовании было установлено у 28,4 подростков из 1000 наличие умственной отсталости. Эта патология составляет 47,1 % от всего класса психических расстройств и расстройств поведения, а в целом от всех заболеваний – 4,7 %. При этом 22,9 % больных были признаны не годными к военной службе, а 77,1 % – ограниченно годными. Примерно такой же уровень распространенности имеют заболевания нервной системы, в частности, дегенеративные болезни, детский церебральный паралич и др., а также последствия травм головного и спинного мозга. Из этой группы больных подростков 31,9 % являются ограниченно годными, а 17,7 % – полностью не годными к военной службе.

Распространенность плоскостопия и других деформаций стопы составила 27,9 %, а удельный вес среди всех заболеваний подростков – 4,6 %. В 51,9 % случаев эти юноши были отнесены к группе годных к военной службе, но с незначительными ограничениями, а 47,5 % – ограниченно годных.

Остальные нозологические формы и группы заболеваний подростков имели долю менее 3,0 %. При этом в случаях выявления у подростков заболеваний кожи, органических психических расстройств (87,2 и 65,7 % соответственно) были включены в категорию ограниченно годных. Юноши с ревматическими и другими поражениями сердца в 58,2 % случаев отнесены к категории годных с незначительными ограничениями и 38,5 % – ограниченно годных, а при временных функциональных расстройствах системы кровообращения 100,0 % были признаны временно не годными. При заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, глотки 98,7 %

освидетельствованных признаны годными с незначительными ограничениями, что свидетельствует о легкой степени данной патологии. Заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчных путей, поджелудочной железы фиксировались на уровне 12,0 %, и в 69,6 % случаев больные подростки получали категорию годности «Б», а 30,0 % – категорию «В».

Резюме. Таким образом, изучение результатов медицинского освидетельствования подростков при первоначальной постановке на воинский учет показало, что наиболее распространены среди юношей-подростков заболевания эндокринной системы, а также патология, связанная с расстройством питания и нарушением обмена веществ; болезни позвоночника и их последствия; нарушения рефракции и аккомодации глаз, пониженное зрение; бронхиальная астма; умственная отсталость; плоскостопие и др. деформации стопы; дегенеративные болезни нервной системы, на которые приходится 63,0 % всей выявленной патологии. Эти семь групп заболеваний в значительной степени определяют перспективы качества обороноспособного потенциала, востребованность диагностических, лечебных и профилактических технологий.

По материалам данной главы опубликованы статьи: «Анализ результатов медицинского освидетельствования юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет» [6], «Динамика выявляемости заболеваний у юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет в Новосибирской области» [53], «Интегрированная оценка заболеваемости юношей-подростков как элемент определения потенциала годности к воинской службе» [73], «Комплексная оценка заболеваемости юношей-подростков в Новосибирской области» [85], «Заболеваемость юношей-подростков по результатам медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет» [63].

Глава 4

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЛИЦ,
ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ,
В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**4.1. Заболеваемость призывников по результатам медицинского
освидетельствования**

Оценка состояния здоровья лиц, призываемых на военную службу, определяется по результатам медицинского освидетельствования граждан в соответствии с наличием заболеваний, ограничивающих в той или иной степени годность к службе в армии. За последние 20 лет с 1997 по 2017 гг. уровень полной годности (категория А) призывников в среднем составлял $38,0 \pm 3,0$ на 100 освидетельствованных (таблица 13). За рассматриваемый период времени амплитуда колебания показателя составляла от 31,6 (2010 г.) до 43,6 % (2004 г.).

Таблица 13 – Динамика показателя полной годности (категория А) лиц, призываемых на военную службу, в Новосибирской области за период 1997–2017 гг. (на 100 освидетельствованных)

Годы	Показатель	Годы	Показатель
1997	39,9	2008	32,4
1998	39,8	2009	34,7
1999	38,9	2010	31,6
2000	35,8	2011	32,8
2001	36,8	2012	38,2
2002	37,1	2013	39,5
2003	38,9	2014	41,0
2004	43,6	2015	40,3
2005	39,7	2016	39,8
2006	39,3	2017	38,4
2007	39,5	-	-
Средний показатель за период			38,0
σ			$\pm 3,0$

Для анализа изменения уровня годности призывников по годам и выделения отдельных периодов была проведена статистическая оценка динамического ряда показателей годности. Расчет средней величины между показателями за рассматриваемый период и ее среднеквадратичного

отклонения ($\sigma = \pm 3,0$) позволил сформировать оценочную шкалу и определить статистически значимые периоды изменения уровня годности призывников в Новосибирской области.

Согласно оценочной шкале было выделено 5 периодов (таблица 14). Первый с 1997 по 1999 гг., уровень годности был в пределах средней величины 36,5–39,5 %. Протяженность этого периода была 3 года и включила в себя освидетельствованных, основная масса которых родилась в 1979–1981 гг. Во второй период вошли освидетельствованные 2000–2002 гг., когда уровень годности составлял 36,6 % и расценивался как показатель средней значимости. Длительность периода составила 3 года, и в нем оценивались родившиеся в 1982–1984 гг. Следующий период (третий – 2003–2007 гг.) характеризовался уровнем годности выше среднего, составляющий 40,2 %, включил в себя 5-летний годовой интервал и родившихся в 1985–1989 гг. В четвертый выделенный период (2008–2011 гг.) наблюдался очень низкий уровень годности призывников, составляя в среднем 32,9 %. Этот рассматриваемый интервал включал 4 года, и в нем проходили освидетельствование родившиеся в 1990–1993 гг. В последнем периоде 2012–2017 гг. показатель годности вырос до величины 39,5 % (как и в начальном периоде анализа) и, согласно шкале значимости, расценивался как средний уровень. Длительность периода составила 6 лет, включая призывников, родившихся в 1994–1999 гг.

Таким образом, за рассмотренный 20-летний период медицинского освидетельствования призывников (условный цикл формирования одного поколения) уровень их полной годности к военной службе в среднем составлял 38,0 %, а наиболее низкие показатели были отмечены в 2008–2011 гг. (32,9 %) среди родившихся в начале 90-х годов прошлого столетия, и формирование их здоровья шло на фоне начального этапа становления Российской Федерации, когда имели место значительные проблемы социального и экономического характера, в т. ч. в здравоохранении и медицинском обслуживании подрастающего поколения.

Таблица 14 – Оценочная шкала динамики показателя годности призывников Новосибирской области к военной службе за период 1997–2017 гг. и периоды изменения уровня годности

Характеристики	Значение уровня показателя годности призывников на 100 освидетельствованных								
	очень низкий	низкий	ниже среднего	средний			выше среднего	высокий	очень высокий
Параметры шкалы	< 33,5	33,5–34,9	35,0–36,4	36,5–39,5			39,6–41,0	41,1–42,5	> 42,5
Годы освидетельствования	2008–2011			1997–1999	2000–2002	2012–2017	2003–2007		
Годы рождения	1990–1993			1979–1981	1982–1984	1994–1999	1985–1989		
№ периода	4			1	2	5	3		
Количество лет в периоде	4			3	3	6	5		

В свою очередь, наиболее высокая доля годных к военной службе (40,2 %) была установлена среди родившихся во второй половине 80-х годов, когда отмечался рост рождаемости и реализация антиалкогольных мер. Это в определенной степени обусловило достаточный объем годных призывников в 2003–2007 гг.

Такая динамика установления годности призывников может свидетельствовать, с одной стороны, о характере формирования здоровья подрастающего поколения в различные годы, а с другой – о критериях отбора на военную службу.

Для более детального познания характера годности призывников, причин, ее ограничивающих, была проанализирована заболеваемость этого контингента населения в соответствии с выделенными периодами. Для оценки были взяты три последние периода, охватывающие 15-летний интервал – 2003–2017 гг., отражающие уровни годности от низкого до выше среднего.

В период 2003–2007 гг. ведущее положение среди заболеваний, ограничивающих годность при призыве в Вооруженные силы (таблица 15) занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, составляющие 20,8 % от всех заболеваний; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (13,8 %); болезни нервной системы (13,7 %); психические расстройства и расстройства поведения (10,8 %); болезни органов пищеварения (8,3 %); болезни глаза и его придаточного аппарата (7,1 %); болезни системы кровообращения (6,3 %), а также болезни органов дыхания (4,8 %). На эти 8 основных классов патологии приходилось 85,6 % всех заболеваний, ограничивающих годность призывников в данный период времени. Остальные 9 классов болезней имели удельный вес менее 3,0 % по каждому.

Таблица 15 – Удельный вес (в %) отдельных классов болезней, ограничивающих годность призывников Новосибирской области в различные периоды с 2003 по 2017 гг.

Класс болезней	годы					
	2003–2007		2008–2012		2013–2017	
	показатель	ранг	показатель	ранг	показатель	ранг
Инфекционные и паразитарные болезни	1,2	14	0,9	13	0,6	15
Новообразования	0,4	16	0,4	16	0,5	16
Болезни крови и кроветворных органов	0,6	15	0,6	15	0,9	13
Болезни эндокринной системы, р-ва питания и нарушения обмена веществ	13,8	2	11,7	2	16,3	2
Психические расстройства и расстройства поведения	10,8	4	7,9	5	6,7	7
Болезни нервной системы	13,7	3	10,3	3	9,8	3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,1	6	7,1	7	8,3	6
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,4	13	0,8	14	0,8	14
Болезни системы кровообращения	6,3	7	7,4	6	9,7	4
Болезни органов дыхания	4,8	8	4,9	8	6,3	8
Болезни органов пищеварения	8,3	5	8,4	4	8,6	5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,8	10	3,1	9	3,4	9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	20,8	1	19,1	1	20,9	1
Болезни мочеполовой системы	2,6	11	2,3	11	2,0	12
Травмы и отравления	2,3	12	2,3	12	2,7	10
Прочие	3,1	9	2,8	10	2,5	11
Всего	100,0	-	100,0	-	100,0	-

В последующие годы ведущими заболеваниями были те же 8 классов болезней, на которые в период 2008–2012 гг. приходилось 86,8 % от всех заболеваний, а в период 2013–2017 гг. – 86,6 %. Однако в разные периоды доля отдельных классов изменялась, как и порядок мест отдельных заболеваний.

Так, в период низкого уровня годности (2008–2012 гг.) значительно увеличился удельный вес (на 8,3 процентных пункта) болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, когда из каждой сотни призывников, имеющих ограничение годности, у 29,1 была установлена эта патология. В свою очередь, в этот же период уменьшилась доля болезней нервной системы (на 3,4 процентных пункта), эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (на 2,1 процентных пункта) и психических расстройств (на 2,7 процентных пункта).

В последующий период удельный вес болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани уменьшился до 20,9 %. В то же время на класс болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ стало приходиться 16,3 % всего объема патологии (прирост составил 4,6 процентных пункта), а удельный вес болезней нервной системы и психических расстройств продолжал уменьшаться соответственно до 9,8 и 6,7 %. Это обусловило снижение значимости психических расстройств за рассматриваемый период, когда они с 4-го места перешли на 7-е. В свою очередь, доля болезней системы кровообращения как причины, ограничивающей годность призывников, за рассматриваемый 15-летний период возросла до 9,7 %, что способствовало переходу этого класса патологии с 7-го на 4-е место.

Таким образом, основными причинами, ограничивающими годность призывников к военной службе в течение 15 лет, являлись 8 ведущих классов болезней, на которые приходилось 86,3 % всех причин. Наибольшую значимость среди них имеют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, нервные болезни, психические расстройства, болезни органов пищеварения, системы кровообращения и органов дыхания. При этом за рассматриваемый период снизилась значимость психических расстройств и расстройств поведения, а возрос приоритет болезней системы кровообращения.

Для дальнейшего познания распространенности причин, ограничивающих годность призывников к военной службе, были проанализированы уровни выявленных заболеваний по 11 классам болезней в динамике за рассматриваемый период (таблица 16). К выделенным ранее 8 основным классам были добавлены болезни кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, а также травмы и отравления. Остальные классы составили группу прочих заболеваний. Анализ проводился по трем выделенным временным периодам.

Анализ показал, что в период «низкого уровня» годности (2008–2012 гг.) в целом выявляемость заболеваний у призывников выросла на 11,1 % с последующим ее снижением (на 9,4 %) в 2013–2017 гг. практически до уровня, характерного для 2003–2007 гг. (598,7–604,6 на 1000 освидетельствованных).

Аналогично происходило изменение ведущей причины, ограничивающей годность, – болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. Заболеваемость от данного класса патологии сначала выросла на 55,3 % и составила 193,8 ‰, а затем снизилась на 34,9 %, достигнув к 2013–2017 гг. уровня 2003–2007 гг. Схожая динамика наблюдалась и при распространенности болезней органов пищеварения, только уровень колебания показателей был менее значителен.

Иной характер изменения динамики показателей заболеваемости отмечался при эндокринной патологии, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, которые имели сначала снижение уровня на 5,5 % с последующим значительным приростом заболеваемости на 26,7 %, достигнув максимального уровня в 2013–2017 гг. – 98,8 ‰.

Таблица 16 – Уровень распространенности причин, определяющих ограничение годности к военной службе, при медицинском освидетельствовании призывников в Новосибирской области (на 1000 освидетельствованных)

Причины годы	Периоды / уровень годности			Оценка I – II		Оценка II – III	
	выше среднего	низкий	средний	разница	прирост	разница	прирост
	2003–2007	2008–2012	2013–2017				
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	124,8	193,8	126,2	69,0	55,3 %	-67,6	-34,9 %
Болезни эндокринной системы, р-ва питания и нарушения обмена веществ	82,5	78,0	98,8	-4,5	-5,5 %	20,8	26,7 %
Болезни нервной системы	82,3	68,2	59,1	-14,1	-17,1 %	-9,1	-13,3 %
Психические расстройства и расстройства поведения	64,7	52,2	40,6	-12,5	-19,3 %	-11,6	-22,2 %
Болезни органов пищеварения	49,9	55,7	51,9	5,8	11,6 %	-3,8	-6,8 %
Болезни глаза и его придаточного аппарата	42,4	47,2	50,1	4,8	11,3 %	2,9	6,1 %
Болезни системы кровообращения	37,9	49,3	58,7	11,4	30,1 %	9,4	19,1 %
Болезни органов дыхания	28,9	32,7	38,1	3,8	13,1 %	5,4	16,5 %
Болезни кожи и подкожной клетчатки	16,5	20,4	20,5	3,9	23,6 %	0,1	0,5 %
Болезни мочеполовой системы	15,7	15,3	12,2	-0,4	-2,5 %	-3,1	-20,3 %
Травмы и отравления	13,6	15,6	16,6	2,0	14,7 %	1,0	6,4 %
Прочие болезни (6 классов)	39,5	36,9	31,9	-2,6	-6,6 %	-5,0	-13,6 %
Всего	598,7	665,3	604,6	66,6	11,1 %	-60,6	-9,1 %

Также рост показателя заболеваемости, но в течение всех рассматриваемых периодов, зафиксирован относительно распространенности болезней глаза и его придаточного аппарата (соответственно на 30,1 и 19,1 %), болезней органов дыхания (соответственно на 13,1 и 16,5 %), травм и отравлений (соответственно на 14,7 и 6,4 %) и, в определенной степени, болезней кожи и подкожной клетчатки (соответственно на 23,6 и 0,5 %).

В свою очередь, динамику постоянного снижения имели такие классы, как болезни нервной системы (соответственно на 17,1 и 13,3 %), психические расстройства и расстройства поведения (соответственно на 19,3 и 22,2 %), заболевания мочеполовой системы (соответственно на 2,5 и 20,3%), а также группа прочей патологии (соответственно на 6,6 и 13,6 %).

Анализ вклада отдельных классов болезней (таблица 17) в общую динамику причин, ограничивающих годность призывников, свидетельствует, что «низкий уровень» годности (2008–2012 гг.) связан с ростом заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани на 68,5 %, и они же на 67,4 % обеспечили повышение уровня годности в 2013–2017 гг. Влияние остальных классов было менее значимо, но в определенной степени они также определяли характер ограничения годности призывников.

Таким образом, можно заключить, что болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани вносили основной вклад в изменение уровня годности призывников. При этом за 15-летний период возросла значимость в ограничении годности болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней системы кровообращения, органов дыхания, травматизма, с параллельным снижением значимости болезней нервной системы, психических расстройств и расстройств поведения, заболеваний мочеполовой системы и группы прочих классов патологии.

Таблица 17 – Вклад отдельных классов болезней в увеличение (+) или снижение (-) показателя годности призывников в Новосибирской области к военной службе за период 2003–2017 гг.

Класс	Период			
	2003–2007 – 2008–2012		2008–2012 – 2013–2017	
	увеличение	снижение	увеличение	снижение
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-	68,5	67,4	-
Болезни эндокринной системы, р-ва питания и нарушения обмена веществ	13,2	-	-	52,5
Болезни нервной системы	41,3	-	9,1	-
Психические расстройства и расстройства поведения	36,7	-	11,6	-
Болезни органов пищеварения	-	5,7	3,8	-
Болезни глаза и его придаточного аппарата	-	4,8	-	7,3
Болезни системы кровообращения	-	11,3	-	23,8
Болезни органов дыхания	-	3,8	-	13,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-	3,9	-	0,3
Болезни мочеполовой системы	1,2	-	3,1	-
Травмы и отравления	-	2,0	-	2,5
Прочие болезни (6 классов)	7,6	-	5,0	-
В целом	100,0	100,0	100,0	100,0

4.2. Анализ болезней, ограничивающих годность призывников к военной службе

Ограничение годности призывников имеет 4 категории, соответственно и классы болезней имели свою значимость в данных категориях. В целом за рассматриваемый 15-летний период уровень годности составлял 38,0 % (категория «А»), годными с незначительными ограничениями (категория «Б») были признаны 23,9 % призывников, ограниченно годными (категория «В») – 32,5 % освидетельствованных, временно не годными (категория «Г») – 4,1 % и полностью не годными (категория «Д») – 1,5 %.

Сравнительный анализ годности к военной службе призывников в соответствии с выделенными тремя годовыми периодами (таблица 18) показал увеличение удельного веса годных с незначительными ограничениями на 6,9 процентных пункта и некоторый прирост на 1,7 процентных пункта временно не годных. В свою очередь, уменьшилась доля призывников (на 7,6 процентных пункта) признанных ограниченно годными. Это может свидетельствовать о снижении тяжести выявляемых заболеваний.

Характерно, что в период (2008–2012 гг.) самого низкого уровня годности значительно увеличился удельный вес призывников с категорией «В», когда почти 40 % (39,6 из 100 освидетельствованных) были признаны ограниченно годными, что может быть связано как с повышением распространенности более тяжелых форм заболеваний, так и с качеством диагностики и медицинского освидетельствования граждан, призываемых на военную службу.

Таблица 18 – Распределение по категориям годности лиц, призываемых на военную службу в Новосибирской области за 2003–2017 гг.

Категория	Годы			Прирост/убыль в целом за период (кол-во процентных пунктов)
	2003–2007	2008–2012	2013–2017	
А	40,2	32,9	39,5	-0,7
Б	21,3	23,4	28,2	6,9
В	32,8	39,6	25,2	-7,6
Г	4,0	2,5	5,7	1,7
Д	1,7	1,6	1,4	0,3
Всего	100,0	100,0	100,0	-

Далее важно оценить, какие классы болезней являются ведущими, определяющими ту или иную категорию годности. Для призывников, определяемых в категорию «Б» (годны с незначительными ограничениями) ведущими классами патологии (рисунок 5) являются болезни эндокринной

системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (24,5 % от всех заболеваний), костно-мышечной системы и соединительной ткани (22,7 %), глаза и его придаточного аппарата (12,5 %), нервной системы (12,2 %), которые в сумме составили 71,9 %. В определенной степени ограничивают годность данной категории призывников болезни системы кровообращения, органов пищеварения и дыхания, на которые приходится соответственно 8,8; 8,3 и 5,5 % от всех заболеваний. Остальные классы составили в сумме 5,5 %.

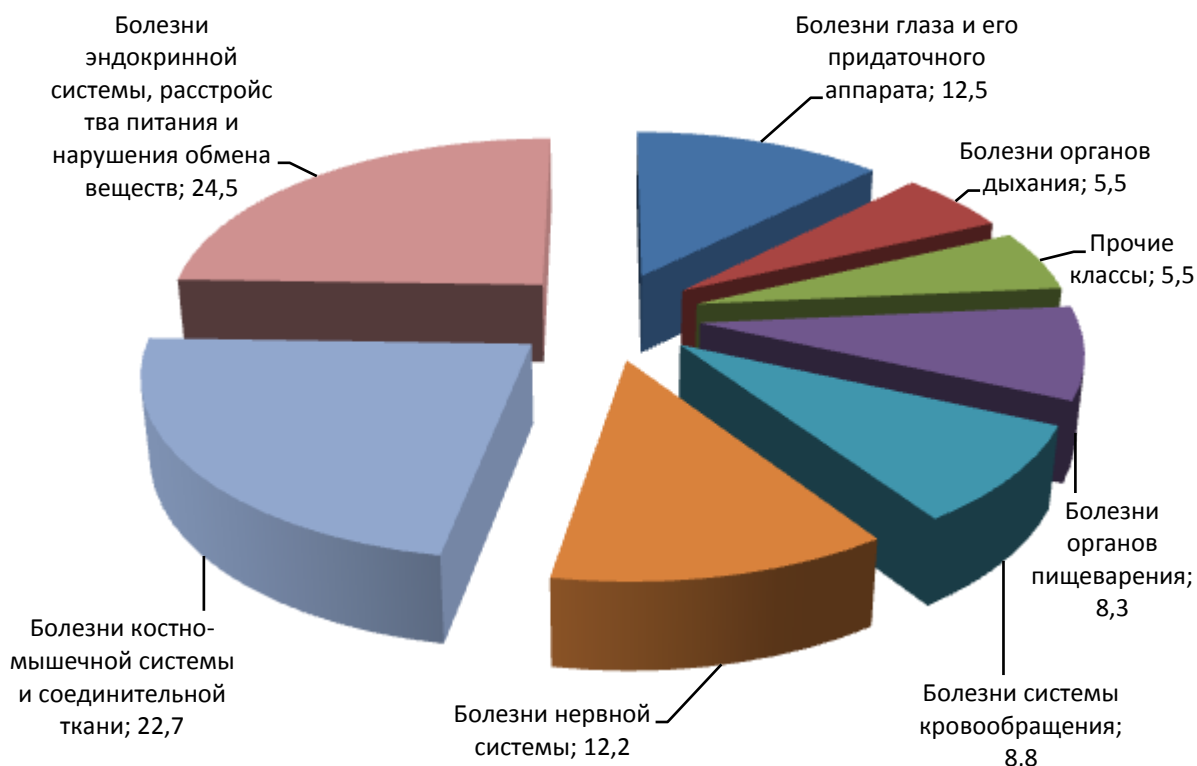


Рисунок 5 – Удельный вес (%) классов болезней, определяющих незначительное ограничение годности (категория «Б») граждан, призываемых на военную службу в Новосибирской области по результатам медицинского освидетельствования

Для призывников, признанных ограниченно годными (категория «В») можно выделить 3 ведущих класса болезней (рисунок 6) – это болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на которые приходится 28,1 % от всех заболеваний, а также психические расстройства и расстройства поведения и болезни нервной системы, составляющие соответственно 14,0 и 11,3 %. В определенной мере можно признать

значимыми для этой категории призывников такие классы, как болезни органов пищеварения (6,0 %), органов дыхания (5,2 %), кожи и подкожной клетчатки (5,0 %).



Рисунок 6 – Удельный вес (%) классов болезней, определяющих ограниченную годность (категория «В») граждан, призываемых на военную службу в Новосибирской области по результатам медицинского освидетельствования

Таким образом, на 7 основных классов патологии приходится 78,4 % всех ограничений годности. Остальные 10 классов болезней менее существенно влияют, составляя не более 4,3 % по каждому.

Для призывников, отнесенных в категорию «Г» (временно не годные), ведущими классами заболеваний являются (рисунок 7) болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с удельным весом в общем объеме патологии 37,0 %, болезни нервной системы (14,1 %), болезни системы кровообращения (11,3 %) и последствия травм (12,5 %), которые в сумме определяли 74,9 % временно не годных к военной службе призывников. Определенную значимость в этой категории граждан, призываемых на службу, имели болезни органов пищеварения, органов

дыхания, мочеполовой системы, инфекционные и паразитарные заболевания, составляющие от 7,5 до 3,1 %. На остальные 9 классов болезней приходится 1,5 % по каждому с общим объемом патологии 6,2 %.

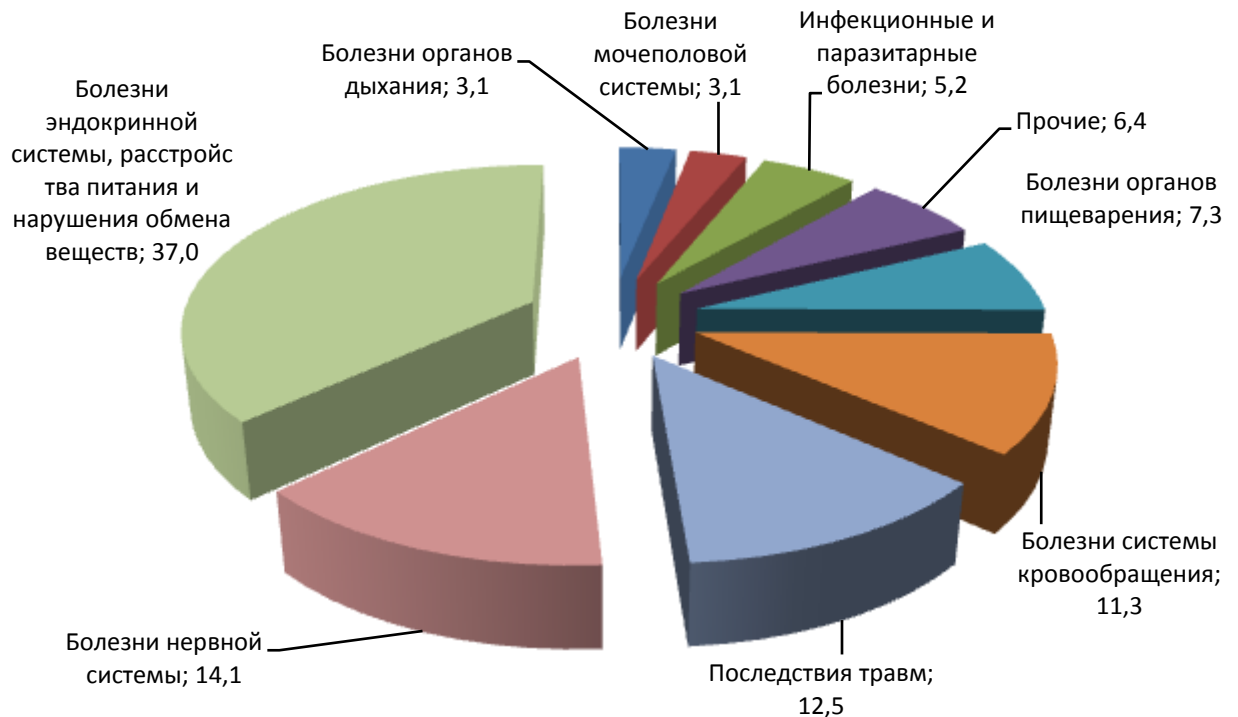


Рисунок 7 – Удельный вес (%) классов болезней, определяющих временную негодность (категория «Г») граждан, призываемых на военную службу в Новосибирской области по результатам медицинского освидетельствования

Среди заболеваний, формирующих полную негодность к военной службе (категория «Д»), главными являются (рисунок 8) психические расстройства и расстройства поведения, определившие 35,3 % случаев установления негодности в этой категории призывников, а также болезни нервной системы и болезни глаза и его придаточного аппарата, на которые приходится соответственно 16,3 и 9,9 % лиц, отнесенных к категории «Д».

В определенной степени могут иметь значимость такие классы, как болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, инфекционные и паразитарные болезни, заболевания системы кровообращения,

новообразования и врожденные аномалии, составляющие по 3,5–5,4 % от всех заболеваний.



Рисунок 8 – Удельный вес (%) классов болезней, определяющих полную негодность (категория «Д») граждан, призываемых на военную службу в Новосибирской области по результатам медицинского освидетельствования

Таким образом, по результатам медицинского освидетельствования граждан при призыве на военную службу было установлено, что в целом ведущим классом заболеваний, ограничивающим годность призывников к военной службе по всем категориям (рисунок 9), являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, составляющие 23,9 % всех случаев выявления патологии.

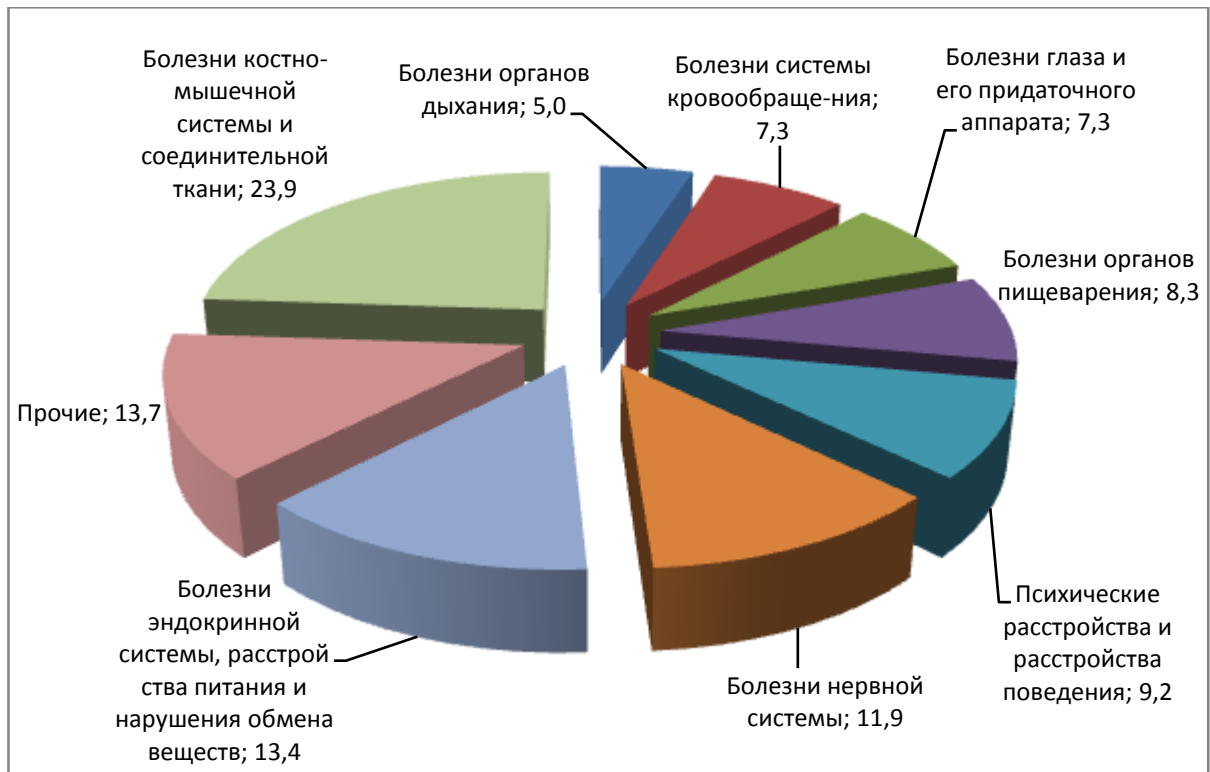


Рисунок 9 – Удельный вес (%) классов болезней, ограничивающих годность к военной службе, при медицинском освидетельствовании призывников в Новосибирской области

При этом у 64,5% призывников с наличием данного класса болезней установлено ограничение годности (категория «В») к военной службе (таблица 19).

Другим ведущим классом болезней являются заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, на долю которых приходится 13,4 % всех ограничений годности, где в 67,4 % случаев заболеваний призывников зафиксирована категория «Б» (годны с незначительными ограничениями).

Болезни нервной системы определяют в 11,9 % случаев характер годности к военной службе. При этом 51,7 % призывников с данной патологией являются ограниченно годными (категория «В»), а 37,7 % – годными с незначительными ограничениями (категория «Б»).

Таблица 19 – Распределение по категориям годности при основных классах болезней, ограничивающих годность граждан, призываемых на военную службу в Новосибирской области

Основные причины	Категории годности				Всего
	Б	В	Г	Д	
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	35,0	64,5	-	0,5	100,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	67,4	15,2	16,3	1,1	100,0
Болезни нервной системы	37,7	51,7	7,0	3,6	100,0
Психические расстройства и расстройства поведения	5,3	83,7	1,0	10,0	100,0
Болезни органов пищеварения	36,8	57,6	5,3	0,3	100,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	63,2	32,6	0,6	3,6	100,0
Болезни системы кровообращения	44,3	44,9	9,2	1,6	100,0
Болезни органов дыхания	40,2	55,8	3,6	0,4	100,0

В определенной степени в группу основных заболеваний можно отнести психические расстройства и расстройства поведения, болезни органов пищеварения, системы кровообращения и органов дыхания, на которые приходится соответственно 9,2; 8,3; 7,3 и 5,0 % всех причин ограничения годности, когда соответственно у 83,7; 57,6; 44,9 и 55,8 % освидетельствованных регистрируется категория «В» (ограниченно годны).

Также значимым классом можно признать болезни глаза и его придаточного аппарата, определяющие 7,3 % всех случаев ограничения годности, где 63,2 % призывников с этой патологией считаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.

Таким образом, главными причинами, ограничивающими годность к военной службе у призывников, являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения, заболевания органов пищеварения, глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания, определяющие 86,3 % всех случаев ограничений. Остальные 9 классов болезней составляют менее 3,0 % по каждому. При этом в случае заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы, органов дыхания призывники признаются ограниченно годными, а при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, а также заболеваниях глаза и его придаточного аппарата – годными с незначительными ограничениями.

4.3. Распространенность заболеваний (по статьям расписания болезней) среди граждан, призываемых на военную службу

Анализ заболеваемости граждан, призываемых на военную службу, по результатам их медицинского освидетельствования позволил определить основные классы болезней, определяющие степень ограничения годности (категории годности). При дальнейшей оценке распространенности патологии среди призывников важно установить ведущие нозологические группы заболеваний, регистрируемых в отчетно-учетной форме призывных медицинских комиссий согласно статьям расписания болезней).

Всего было выделено 14 групп заболеваний, представляющих 9 классов болезней, на которые приходится 73,3 % от всех заболеваний, ограничивающих годность к военной службе (таблица 20).

В классе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани 70,4 % всех ограничений годности определяют болезни позвоночника и их последствия (статья 66) с уровнем распространенности 103,8 на 1000 освидетельствованных, и в целом их удельный вес в общем объеме заболеваний призывников составляет 16,7 %. Также в данном классе патологии можно выделить плоскостопие и деформацию стопы (статья 68) с уровнем распространенности 32,6 ‰ и удельным весом значимости 5,3 % (четвертое место среди всех нозологических групп).

На втором месте с уровнем ограничения годности 83,7 ‰ – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (статья 13, где исключен эутиреоидный зоб) и удельным весом в общем объеме заболеваний 13,5 %. Третье место приходится на травмы головы и спинного мозга и их последствия с поражением центральной нервной системы (статья 25), входящие в класс нервных болезней, распространенность которых составляет 55,6 на 1000 освидетельствованных с удельным весом значимости 9,0 %.

Среди класса болезней глаза и его придаточного аппарата основной группой патологии является нарушение рефракции и аккомодации (статья 34), распространенность которых среди призывников достигает 30,5 на 1000 освидетельствованных, с удельным весом в общем объеме ограничений годности 4,9 %.

Среди психических расстройств и расстройств поведения можно выделить умственную отсталость (статья 20), ограничивающую годность у 21,6 из 1000 освидетельствованных призывников и занимающую долю 3,5 % от всей патологии, а также органические психические расстройства (статья 14) с уровнем распространенности 17,2 ‰ и удельным весом 2,8 %.

Таблица 20 – Уровни распространенности и удельный вес основных групп заболеваний, ограничивающих годность к военной службе у призывников в Новосибирской области

Группы заболеваний	Номер класса по МКБ-10	Статья расписания болезней	Уровень распространенности на 1000 освидетельствованных	Доля (%) в соответствующем классе болезней	Уд. вес (%) от всех болезней	Ранг
Болезни позвоночника и их последствия	XIII	66	103,8	70,4	16,7	1
Плоскостопие и другие деформации стопы	XIII	68	32,6	22,1	5,3	4
Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	IV	13	83,7	99,3	13,5	2
Травмы головного и спинного мозга и их последствия. Последствия поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов	VI	25	55,6	55,9	9,0	3
Умственная отсталость	V	20	21,6	38,8	3,5	6
Органические психические расстройства	V	14	17,2	30,7	2,8	9
Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки	XI	58	19,4	37,3	3,1	7
Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы	XI	59	15,2	29,1	2,5	11
Гипертоническая болезнь	IX	43	14,9	32,6	2,4	12
Ревматизм, другие ревматические и неревматические болезни сердца (в том числе врожденные)	IX	42	12,2	26,6	2,0	14
Нарушения рефракции и аккомодации	VII	34	30,5	67,1	4,9	5
Бронхиальная астма	X	52	16,4	51,2	2,6	10
Болезни полости носа, околоносовых пазух, глотки	X	49	12,8	39,9	2,1	13
Болезни кожи и подкожной клетчатки	XII	62	18,0	97,2	2,9	8
Остальные (74 статьи)	-	-	167,6	-	26,7	-
Всего	-	-	621,5	-	100,0	-

Следует обратить внимание на болезни органов пищеварения, и в частности, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки (статья 58), болезни печени и желчного пузыря, поджелудочной железы (статья 59), на которые приходится соответственно 3,1 и 2,5 % всей патологии, с уровнем ограничения годности соответственно у 19,4 и 15,2 из 1000 освидетельствованных.

Немаловажное значение имеет целая группа болезней кожи и подкожной клетчатки (статья 62), которые определяют 2,9 % всех ограничений годности и выявляются у 18,0 призывников из 1000 освидетельствованных.

Среди болезней органов дыхания можно выделить бронхиальную астму (статья 52) и патологию полости носа, околоносовых пазух, глотки (статья 49), ограничивающие годность соответственно у 16,4 и 12,8 призывников из 1000 освидетельствованных, с удельным весом в общем объеме заболеваний соответственно 2,6 и 2,1 %.

К группе значимых болезней в определенной степени можно отнести гипертоническую болезнь (статья 43) и ревматические поражения сердца (статья 42), на которые приходится соответственно 2,4 и 2,0 % всей патологии, с уровнем распространенности среди призывников соответственно 14,9 и 12,2 ‰.

Остальные 74 нозологические группы заболеваний (статьи расписания болезней) при медицинском освидетельствовании призывников выявляются в незначительном количестве, менее 10,0 на 1000 освидетельствованных и соответственно удельный вес ниже 2,0 % по каждой группе.

Таким образом, ведущими группами заболеваний, ограничивающих годность к военной службе в 73,3 % случаев являются болезни позвоночника, деформация стопы, патология эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, последствия травм головного и спинного мозга с нарушениями ЦНС, нарушения рефракции и аккомодации, умственная

отсталость, органические психические расстройства, язвенная болезнь, заболевания кожи, бронхиальная астма, патология печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, гипертоническая болезнь, болезни полости носа и глотки, ревматические поражения сердца. Это предопределяет необходимость проведения соответствующих медико-профилактических, лечебных и реабилитационных мер для восстановления здоровья призывников как на этапах допризывного периода, так и после медицинского освидетельствования, во избежание потерь военнослужащих при прохождении срочной службы и, особенно, возврату этого контингента по причине заболеваний, несовместимых с выполнением воинских обязанностей.

4.4. Распространенность патологии среди граждан, призываемых на военную службу (выборочное исследование)

Анализ заболеваний, выявляемых при медицинском освидетельствовании призывников, рассматривался на предмет ограничения годности их к воинской службе и распределения по категориям годности. Для оценки в целом распространенности патологии среди данного контингента населения необходимо изучить весь спектр зафиксированных болезней и патологических отклонений, состояний. В этой связи были изучены материалы персонализированных протоколов медицинского освидетельствования призывников. Всего в выборочную совокупность были включены данные о 1204 освидетельствованных. У данной совокупности призывников было выявлено 1786 заболеваний и патологических состояний, что в среднем составило 1,5 на одного освидетельствованного. В связи с тем, что при медицинском освидетельствовании врачи не фиксируют выявленную патологию по МКБ-10, а указывают лишь на ее наличие, статистический анализ проводился согласно расписанию болезней, принятому при медицинском освидетельствовании призывников. Анализ протоколов

медицинского освидетельствования (таблица 21) показал, что из 100 призывников у $29,8 \pm 1,3$ было отмечено наличие патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани, что составило 20,1 % от всего объема выявленной патологии. Среди этого класса болезней ведущими являлись патология позвоночника, наличие плоскостопия и деформации стопы, на которые приходилось соответственно 9,4 и 6,8 % всей патологии призывников.

Второе место по объему установленных патологических отклонений заняли болезни системы кровообращения с уровнем распространенности патологии $21,4 \pm 1,2$ на 100 проэкспертированных протоколов и удельным весом в общем объеме 14,4 %. В этом классе болезней наибольшее значение имеют: ревматические поражения сердца и гипертензия, составляющие соответственно 7,1 и 4,0 % от всех заболеваний.

Третье место по распространенности патологии ($15,5 \pm 1,0$ %) приходится на болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, где в основном преобладают сахарный диабет и ожирение, с долей вклада в общий объем патологии 10,4 %.

Обращает на себя внимание относительно высокий уровень выявленной патологии органов дыхания – $14,4 \pm 1,0$ на 100 освидетельствованных с удельным весом 9,7 %, где ведущими заболеваниями являются бронхиальная астма, патология носа и глотки.

Определенную значимость имеет распространенность среди призывников патологических отклонений в нервной системе, органах пищеварения, зрения, психические расстройства и поражения кожи, выявляемых соответственно у $12,6 \pm 1,0$; $11,2 \pm 0,9$; $10,8 \pm 0,9$; $9,4 \pm 0,8$ и $8,5 \pm 0,8$ на 100 освидетельствованных. Основные поражения нервной системы являются следствием травм головы и спинного мозга, сосудистых поражений мозга и функциональных расстройств, после острых и хронических заболеваний, хирургического лечения.

Таблица 21 – Распространенность заболеваний и патологических состояний у лиц, призываемых на военную службу (по результатам выборочного исследования)

Заболевание, патологическое состояние	На 100 освидетельствованных	Удельный вес (в %)
Болезни крови	2,2 ± 0,4	1,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	15,5 ± 1,0	10,4
Психические расстройства	9,4 ± 0,8	6,3
в т. ч.: – органические психические расстройства	2,3 ± 0,4	1,6
– расстройства личности	3,2 ± 0,5	2,2
– умственная отсталость	2,5 ± 0,4	1,7
Болезни нервной системы	12,6 ± 1,0	8,5
в т. ч.: – сосудистые заболевания головного мозга	2,4 ± 0,4	1,6
– последствия травм головы и спинного мозга	4,3 ± 0,6	2,9
– функциональные расстройства ЦНС, после острых и хронических заболеваний, хирургического лечения	2,3 ± 0,4	1,6
Болезни глаза	10,8 ± 0,9	7,3
в т. ч.: – последствия травм и ожогов	2,4 ± 0,4	1,6
– нарушения рефракции и аккомодации	6,7 ± 0,7	4,5
Болезни системы кровообращения	21,4 ± 1,2	14,4
в т. ч.: – ревматизм	10,6 ± 0,9	7,1
– гипертоническая болезнь	6,0 ± 0,7	4,0
– функциональные расстройства после острых и хронических заболеваний, хирургического лечения	2,2 ± 0,4	1,5
Болезни органов дыхания	14,4 ± 1,0	9,7
в т. ч.: – болезни полости носа, глотки	5,3 ± 0,6	3,6
– бронхиальная астма	8,5 ± 0,8	5,7
Болезни органов пищеварения	11,2 ± 0,9	7,6
в т. ч.: – болезни желудка, кишечника, печени, желчного пузыря	7,6 ± 0,8	5,1
Болезни кожи	8,6 ± 0,8	5,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	29,8 ± 1,3	20,1
в т. ч.: – артриты и артропатии	2,1 ± 0,4	1,4
– болезни костей	2,7 ± 0,5	1,8
– болезни позвоночника	13,9 ± 1,0	9,4
– плоскостопие и деформация стопы	10,1 ± 0,9	6,8
Болезни мочеполовой системы	3,7 ± 0,5	2,5
в т. ч.: – пиелонефрит и др. заболевания почек	2,2 ± 0,4	1,5
Последствия травм и отравлений	4,0 ± 0,6	2,7
Прочая патология	4,8 ± 0,6	3,2
Всего	148,4 ± 1,0	100,0

На рассмотренные 9 классов патологии приходится 90,1 % всех патологических отклонений, установленных при медицинском освидетельствовании призывников. Остальные поражения органов и тканей не имеют широкого распространения, фиксируясь с частотой выявляемости $2,2 \pm 0,4$ — $4,0 \pm 0,6$ %.

Резюме. Таким образом, среди лиц, призываемых на военную службу и проходящих медицинское освидетельствование, достаточно широко распространены патологические процессы и поражения органов, которые могут влиять на категорию их годности к военной службе, требуют применения лечебно-оздоровительных мер не только на всех этапах призыва, но и при прохождении службы и являются в ряде случаев основанием для демобилизации из рядов Вооруженных сил по состоянию здоровья.

Ведущими патологиями в данном случае служат болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, заболевания позвоночника, плоскостопие и деформация стопы, ревматические поражения сердца, кожные заболевания, бронхиальная астма, патологические процессы в желудке, кишечнике и печени, нарушения рефракции и аккомодации органов зрения, гипертензия, заболевания полости носа и глотки, на которые приходится 62,4 % от всего объема выявленной патологии.

По материалам данной главы опубликованы статьи: «Динамика показателей заболеваемости лиц, призываемых на военную службу, в Новосибирской области в 2003–2014 гг.» [54], «Классы болезней и нозологические группы заболеваний, ограничивающие годность призывников к военной службе» [82], «Распространенность заболеваний среди лиц, призываемых на военную службу» [153].

Глава 5

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЮНОШЕЙ-ПОДРОСТКОВ, ДОПРИЗЫВНИКОВ И ЛИЦ, ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

5.1. Сравнительная оценка заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу

Анализ заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью и интегрированная оценка трех показателей (общая заболеваемость, удельный вес «хронизации» патологии и уровень диспансеризации) с расчетом КОВ позволили установить приоритеты болезней, снижающих потенциал годности к военной службе.

По результатам медицинского освидетельствования подростков при первоначальной постановке на воинский учет определены категории годности данного контингента населения к военной службе и приоритеты заболеваний, ограничивающих годность.

Материалы медицинского освидетельствования лиц, призываемых на военную службу дали возможность установить категории годности среди контингента призывников и распространенность заболеваний, ограничивающих их годность, а результаты углубленной оценки здоровья (по материалам протоколов медицинского освидетельствования) позволили определить объем и структуру наличия патологических процессов, снижающих обороноспособность призываемого контингента как в настоящее время, так и в перспективе.

Сравнительная оценка приоритетов классов болезней среди рассматриваемых четырех совокупностей, представляющих потенциал годности по состоянию здоровья для военной службы, показала (таблица 22),

Таблица 22 – Сравнение приоритетов классов болезней (по ранговой оценке) выявляемых у юношей-подростков и призывников, устанавливаемых при медицинском освидетельствовании

Классы болезней	Интегрированная оценка заболеваемости по обращаемости	Первоначальная постановка на воинский учет	Медицинское освидетельствование призывников	Углубленный анализ	Суммарная оценка	Ранг
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	7	1	2	3	13	II
Психические расстройства и расстройства поведения	4	3	7	8	22	VII
Болезни нервной системы	5	7	3	5	20	VI
Болезни глаза и его придаточного аппарата	2	5	6	7	20	IV
Болезни системы кровообращения	8	6	4	2	20	V
Болезни органов дыхания	1	4	8	4	17	III
Болезни органов пищеварения	6	8	5	6	25	VIII
Болезни кожи и подкожной клетчатки	9	9	9	9	36	IX
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3	2	1	1	7	I
Болезни мочеполовой системы	10	10	10	10	40	X

что ведущими заболеваниями у юношей-подростков по результатам обращаемости за медицинской помощью являются болезни органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы и соединительной ткани, психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы.

Определенную значимость имеют болезни органов пищеварения, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, заболевания системы кровообращения, кожи и подкожной клетчатки, а также мочеполовой системы. Это характеризует распространенность болезней среди всего контингента юношей-подростков без определения их значимости относительно ограничения годности к военной службе.

Рассмотрение распространенности болезней при первоначальной постановке на воинский учет с установлением категорий годности показало, что ведущими заболеваниями, ограничивающими годность, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, костно-мышечной системы и соединительной ткани, психические расстройства и расстройства поведения, болезни органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата. Остальные рассмотренные классы болезней занимали места с 6-го по 10-е. Это характеризует приоритеты болезней, ограничивающие годность всего контингента юношей-подростков.

Среди лиц, призываемых на военную службу, ведущими болезнями, ограничивающими годность, являются заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, нервной системы, болезни системы кровообращения и органов пищеварения. Остальные 5 классов имеют меньшую значимость.

При углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования с учетом распространенности патологических процессов первые пять мест приходится на болезни костно-мышечной

системы и соединительной ткани, системы кровообращения, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, органов дыхания, нервной системы. Остальные 5 классов менее распространены.

Суммарная оценка ранговых мест по четырем рассматриваемым показателям свидетельствует, что лидирующее положение занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (практически по всем совокупностям). Второе место приходится на болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, которые также по большинству показателей занимают ведущее положение (первое место при медицинском освидетельствовании при первоначальной постановке на воинский учет), за исключением комплексного показателя, основанного на обращаемости за медицинской помощью. Это указывает на то, что при медицинском освидетельствовании выявляется гораздо больше патологии данного класса болезней, чем существующий уровень обращаемости за медицинской помощью.

Третье место занимают болезни органов дыхания, лидирующие по уровню обращаемости за медицинской помощью, но занимающие 8-е место при медицинском освидетельствовании призывников болезни нервной системы. Четвертое, пятое и шестое места поделили болезни глаза и его придаточного аппарата, нервной системы и заболевания системы кровообращения. При этом болезни глаза и его придаточного аппарата являются одной из значимых патологий при обращаемости за медицинской помощью, а болезни системы кровообращения – при углубленной оценке состояния здоровья призывников, но они не существенно ограничивают их годность, так как находятся на 5 и 6-ом местах при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу.

Седьмое место отводится психическим расстройствам и расстройствам поведения, которые значимы при первоначальной постановке на воинский учет. При медицинском освидетельствовании призывников и по результатам

углубленной оценки распространенности патологии они занимают 7–8-е места, что свидетельствует о том, что уровень их выявляемости при медицинском освидетельствовании призывников практически полный.

Восьмое место занимают болезни органов пищеварения, не входящие в группу высокой значимости по всем рассматриваемым показателям. На девятом месте находятся болезни кожи и подкожной клетчатки, а на десятом – заболевания мочеполовой системы.

5.2. Интегрированная оценка заболеваемости и определение приоритетов деятельности медицинских служб при медицинском обеспечении юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста

Установленный характер распространенности патологии среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста, а также результаты углубленного анализа протоколов медицинского освидетельствования призывников позволили провести сравнительную оценку показателей заболеваемости этих контингентов. Это послужило основой для определения приоритетов в деятельности медицинских служб, врачей по реализации медицинских технологий соответствующего профиля.

Для этого необходимо провести интегрированную оценку заболеваемости рассматриваемых контингентов и установить количественную значимость отдельных классов болезней (проводилось суммирование коэффициентов относительной важности), ограничивающих потенциальную обороноспособность.

Анализ показал (таблица 23), что, как и при ранговой оценке, лидирующее положение занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с удельным весом значимости 18,9 %. При этом 45,8 % вклада в значимость этой патологии (таблица 24) приходится на результаты углубленной оценки протоколов медицинского

Таблица 23 – Интегрированная оценка коэффициентов относительной важности классов болезней при обращении юношей-подростков за медицинской помощью, при первоначальной постановке на воинский учет, при медицинском освидетельствовании призывников и углубленном анализе протоколов

Классы болезней	Коэффициент относительной важности (КОВ)				Сумма КОВ	Удельный вес (%) значимости	Ранг
	Комплексная оценка по обращаемости	Медицинское освидетельствование					
		при первоначальной постановке	призывников	углубленный анализ протоколов			
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,068	0,156	0,099	0,155	0,478	13,8	2
Психические расстройства и расстройства поведения	0,119	0,072	0,041	0,094	0,326	9,4	7
Болезни нервной системы	0,110	0,032	0,059	0,126	0,327	9,5	6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	0,153	0,051	0,050	0,108	0,362	10,5	5
Болезни системы кровообращения	0,057	0,045	0,059	0,214	0,375	10,9	4
Болезни органов дыхания	0,162	0,051	0,038	0,144	0,395	11,4	3
Болезни органов пищеварения	0,096	0,021	0,052	0,112	0,281	8,1	8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,043	0,019	0,021	0,086	0,169	4,9	9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,147	0,080	0,126	0,298	0,651	18,9	1
Болезни мочеполовой системы	0,029	0,011	0,012	0,037	0,089	2,6	10
Всего	-	-	-	-	3,453	100,0	-

Таблица 24 – Удельный вес вклада (%) оценок выявления патологии при обращении юношей-подростков за медицинской помощью, при первоначальной постановке на воинский учет, при медицинском освидетельствовании призывников и углубленном анализе протоколов (по коэффициенту относительной важности) в отдельных классах болезней

Классы болезней	Комплексная оценка обращаемости за медицинской помощью	При первоначальной постановке на воинский учет	При медицинском освидетельствовании призывников	При углубленном анализе протоколов	Всего
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	14,2	32,6	20,7	32,4	100,0
Психические расстройства и расстройства поведения	36,5	22,1	12,6	28,8	100,0
Болезни нервной системы	33,6	9,8	18,0	38,5	100,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	42,3	14,1	13,8	29,8	100,0
Болезни системы кровообращения	15,2	12,0	15,7	57,1	100,0
Болезни органов дыхания	41,0	12,9	9,6	36,5	100,0
Болезни органов пищеварения	34,2	7,5	18,5	39,8	100,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	35,5	11,2	12,4	50,9	100,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	22,6	12,3	19,3	45,8	100,0
Болезни мочеполовой системы	32,6	12,3	13,5	41,6	100,0
Всего	28,5	15,6	16,1	39,8	100,0

освидетельствования призывников и, в определенной степени, заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью (22,6 %) и при определении годности призывников (19,3 %).

Уровень значимости болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ составляет 13,8 %, где наиболее значимы результаты первоначальной постановки на воинский учет (32,6 %) и углубленного анализа протоколов медицинского освидетельствования призывников (32,4 %).

Третье место по суммарной оценке значимости занимают болезни органов дыхания с удельным весом 11,4 %, где наибольший вклад в эту величину вносят результаты обращаемости за медицинской помощью (41,0 %) и углубленного анализа протоколов медицинского освидетельствования призывников (36,5 %). Относительно высокую значимость имели болезни системы кровообращения (10,9 %), глаза и его придаточного аппарата (10,5 %). Немалая доля приходится на болезни нервной системы (9,5 %), психические расстройства и расстройства поведения (9,4 %) и заболевания органов пищеварения (8,1 %). Менее всего значимы болезни кожи и подкожной клетчатки (4,9 %), а также заболевания мочеполовой системы (2,6 %).

Учет заболеваемости юношей-подростков с использованием результатов медицинского освидетельствования при определении годности к военной службе дает возможность определить потенциальную нагрузку на медицинские службы с выделением приоритетных классов болезней по их КОВ в соответствии с оцениваемыми совокупностями данного контингента.

Анализ материалов показал, что из 40 групп показателей можно выделить 14 значимых (уровень значимости патологии более 0,100, что отражает ее выявляемость не менее 10 %), на которые приходится 61,7 % всей значимости:

1. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, выявленные при углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования призывников (0,298);

2. Болезни системы кровообращения, выявленные при углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования призывников (0,214);

3. Болезни органов дыхания, выявленные при обращении за медицинской помощью (0,162);

4–5. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, выявленные при первоначальной постановке на воинский учет (0,156) и при углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования призывников (0,155);

6. Болезни глаза и его придаточного аппарата, выявленные при обращении за медицинской помощью (0,153);

7. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, выявленные при обращении за медицинской помощью (0,147);

8. Болезни органов дыхания, выявленные при углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования призывников (0,144);

9. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, выявленные при медицинском освидетельствовании призывников (0,126);

10. Болезни нервной системы, выявленные при углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования призывников (0,126);

11. Психические расстройства и расстройства поведения, выявленные при обращении за медицинской помощью (0,119);

12. Болезни органов пищеварения, выявленные при углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования призывников (0,112);

13. Болезни нервной системы, выявленные при обращении за медицинской помощью (0,110);

14. Болезни глаза и его придаточного аппарата, выявленные при углубленном анализе результатов медицинского освидетельствования призывников (0,108).

Таким образом, основными заболеваниями, выявляемыми при определении годности юношей-подростков к воинской службе, являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, которые определяют высокий уровень обращаемости за медицинской помощью, регистрируются у значительной части лиц, призываемых на военную службу, и имеют широкое распространение при углубленной оценке результатов медицинского освидетельствования.

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ имеют относительно низкий уровень обращаемости юношей-подростков за медицинской помощью, но при первоначальной постановке на воинский учет выявляются у значительного числа освидетельствованных. Среди лиц, призываемых на военную службу, они становятся менее значимы в результате проведения лечебно-профилактических мер, а также в связи с тем, что определенная часть юношей не попадает в категорию призывников. При углубленном анализе уровень выявляемости патологии данного класса болезней соответствует уровню при первоначальной постановке на воинский учет.

Болезни органов дыхания характеризуются высоким уровнем обращаемости за медицинской помощью, но при первоначальной постановке и при медицинском освидетельствовании призывников эта патология ограничивает годность у незначительного числа юношей, но имеется широкое распространение патологических процессов данного класса при углубленном анализе протоколов, что предопределяет необходимость проведения лечебно-оздоровительных мероприятий среди этого контингента призывников.

Болезни системы кровообращения в целом не являются значимыми при обращении за медицинской помощью, несущественно ограничивают годность к службе при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве, но все-таки имеют высокую распространенность среди лиц, призываемых в армию, что в последующем при несении службы может отразиться на обороноспособности.

Наличие болезней глаза и его придаточного аппарата у юношей подростков в большой степени определяет их обращаемость за медицинской помощью, но у незначительной части освидетельствованных ограничивает годность к военной службе. Распространенность этой патологии при углубленном анализе протоколов медицинского освидетельствования призывников несущественно влияет на их категорию годности.

Болезни нервной системы характеризуются высоким уровнем обращаемости подростков за медицинской помощью, но низким уровнем, ограничивающим годность к службе, а в целом имеют широкое распространение при углубленном анализе протоколов медицинского освидетельствования призывников. Это предопределяет особое внимание со стороны медицинских служб к данной категории лиц.

Психические расстройства и расстройства поведения в значительной степени определяют обращаемость за медицинской помощью, но имеют невысокие уровни распространенности при первоначальной постановке на воинский учет и, особенно, среди призывников, что свидетельствует об отсеивании лиц с такими заболеваниями на предварительных этапах.

Болезни органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки определенную значимость приобретают при углубленном анализе протоколов медицинского освидетельствования призывников, хотя это не снижает степень их годности к военной службе, но требует медицинского внимания и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Распространенность болезней мочеполовой системы существенно не влияет на потенциальную востребованность медицинских технологий и ограничение годности к службе в армии.

Таким образом, при оценке состояния здоровья юношей-подростков, допризывников и лиц, призываемых на военную службу, а также при определении востребованности медицинских технологий установлено, что будут наиболее задействованы 8 служб: ортопедическая, эндокринологическая, пульмонологическая, психиатрическая, неврологическая, кардиологическая, офтальмологическая и гастроэнтерологическая. При этом значимость ортопедической помощи составит 18,9 %, где ведущими будут медицинские технологии, направленные на диагностику и лечение заболеваний позвоночника, плоскостопия и других деформаций стопы. Значимость эндокринологической помощи составит 13,8 % от всего объема медицинских технологий.

Деятельность пульмонологической службы в основном будет направлена на реализацию технологий при хронических поражениях миндалин, заболеваниях носа и бронхиальной астмы. Значимость медицинских технологий данного профиля составит 11,4 %.

Значимость кардиологической помощи составит 10,9 %, и направленность ее технологий будет связана с предупреждением развития ревматических поражений и гипертонической болезни.

Деятельность офтальмологической службы со значимостью 10,5 % будет направлена на реализацию лечебно-диагностических технологий при нарушении рефракции и аккомодации глаз, миопии и астигматизма.

Неврологическую службу предполагается задействовать при лечении и реабилитации последствий травм головного и спинного мозга, а также при функциональных расстройствах ЦНС после перенесенных

заболеваний и хирургического лечения. Уровень значимости медицинских технологий рассматриваемого профиля – 9,5 %.

На психиатрическую помощь приходится 9,4 % значимости, где основные технологии будут направлены на диагностику и лечение умственной отсталости, расстройств личности и органических психических расстройств.

Гастроэнтерологическая помощь (8,1 % значимости) будет связана с заболеваниями желудка, кишечника, печени и желчного пузыря.

Таким образом, интегрированная оценка показателей распространенности патологии среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста позволила определить приоритеты и удельный вес значимости реализации технологий отдельными медицинскими службами для сохранения обороноспособного потенциала.

5.3. Модель и этапы оценки значимости заболеваний для определения обороноспособности граждан

На основании проведенного исследования, включающего анализ заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью (общая, первичная, лиц, состоящих на диспансерном учете), оценку распространенности патологии по данным медицинского освидетельствования юношей допризывного возраста и призывников военно-медицинскими комиссиями военных комиссариатов (определение категории годности и наличие заболеваний), а также анализ распространенности патологических отклонений (синдромальная характеристика) среди лиц, призываемых на военную службу, была сформирована модель оценки распространенности патологии и значимости заболеваний для определения потенциала обороноспособности граждан (рисунок 10).

Сформированная модель оценки включает в себя ряд информационных блоков, которые являются исходной (входной) частью модели. Первый блок – это данные обращаемости юношей-подростков за медицинской помощью; второй – результаты медицинского освидетельствования юношей при первоначальной постановке на воинский учет; третий – результаты медицинского освидетельствования лиц, призываемых на военную службу, и четвертый – материалы углубленного изучения протоколов их медицинского освидетельствования. Аналитическое звено модели включало 4 этапа оценки распространенности патологии.

Первый (рисунок 11) – оценка заболеваемости юношей подростков по данным обращаемости за медицинской помощью. Источником информации являются отчетные формы медицинских организаций (форма № 12 ФСН «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»).

Данный информационный блок позволяет проанализировать общую обращаемость за медицинской помощью, первичную заболеваемость (по численности лиц, впервые обратившихся за медицинской помощью) и диспансеризуемую заболеваемость (по численности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением).

По всем трем информационным составляющим проводился расчет уровня распространенности заболеваний и доли каждого из них. При анализе первичной заболеваемости юношей рассчитывается показатель удельного веса первичной обращаемости в общей, что расценивается как «хронизация» патологии.



Рисунок 10 – Модель оценки распространенности патологии и значимости заболеваний при определении обороноспособного потенциала

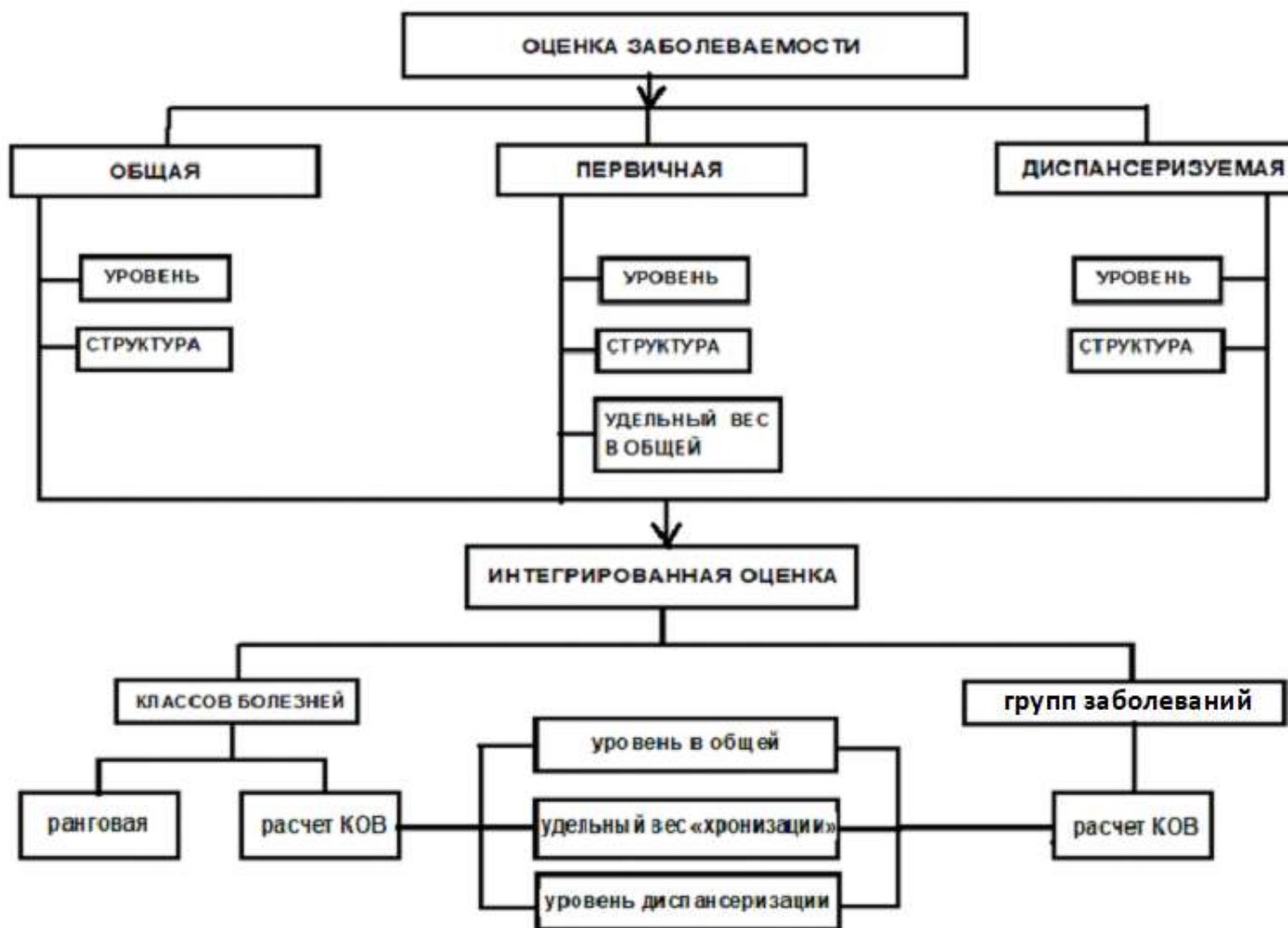


Рисунок 11 – Этап оценки заболеваемости юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью

Интегрированная оценка этих трех показателей позволяет определить ранговую значимость отдельных классов болезней и удельный вес значимости отдельных классов болезней, нозологических форм (расчет КОВ), по поводу которых юношам-подросткам оказывалась медицинская помощь. Таким образом, на этом этапе устанавливается количественная значимость классов болезней и отдельных групп заболеваний, определяющих заболеваемость юношей-подростков.

Второй этап – оценка заболеваемости и категорий годности юношей к военной службе при первоначальной постановке на воинский учет (рисунок 12). Он включает в себя результаты медицинского освидетельствования юношей военно-врачебными комиссиями военкоматов. Используются отчетные данные этих комиссий. Аналитической основой служат результаты распределения юношей по категориям годности к военной службе (А, Б, В, Г, Д) и статьи расписания болезней, выявленных при медицинском освидетельствовании.

При этом устанавливаются уровни и структура заболеваемости юношей по классам болезней, а также их значимость для определения категории годности исследуемого контингента. Анализ патологии юношей, ограничивающей их годность к военной службе, производился по статьям расписания болезней. Определялся уровень по каждой статье (группе заболеваний), удельный вес в соответствующем классе болезней и удельный вес от всех заболеваний.

При распределении допризывников по категориям годности устанавливаются в каждой категории причины отнесения юношей к той или иной категории. Определяется уровень распространенности отдельных заболеваний в соответствующей категории и структура патологии.

Данный аналитический этап позволяет оценить значимость отдельных классов болезней и отдельных заболеваний (по статьям

расписания болезней) в структуре категорий годности юношей к военной службе.

Третий этап включает оценку распространенности патологии среди лиц, призываемых на военную службу (рисунок 13). Проводится анализ результатов медицинского освидетельствования призывников. Наличие патологии определяется по классам болезней с распределением по категориям годности.

Изучение статей расписания болезней, ограничивающих годность призывников к военной службе, включает расчет уровней распространенности по каждой статье, удельного веса статьи в соответствующем классе болезней и удельного веса ее от всех заболеваний.

Далее проводится оценка распределения призывников по категориям годности с установлением уровня и структуры причин, ограничивающих годность, в каждой категории. Дополняют это аналитическое звено результаты углубленного изучения протоколов медицинского освидетельствования выборочной группы призывников. Устанавливается распространенность отдельных патологических отклонений, групп заболеваний и классов болезней.

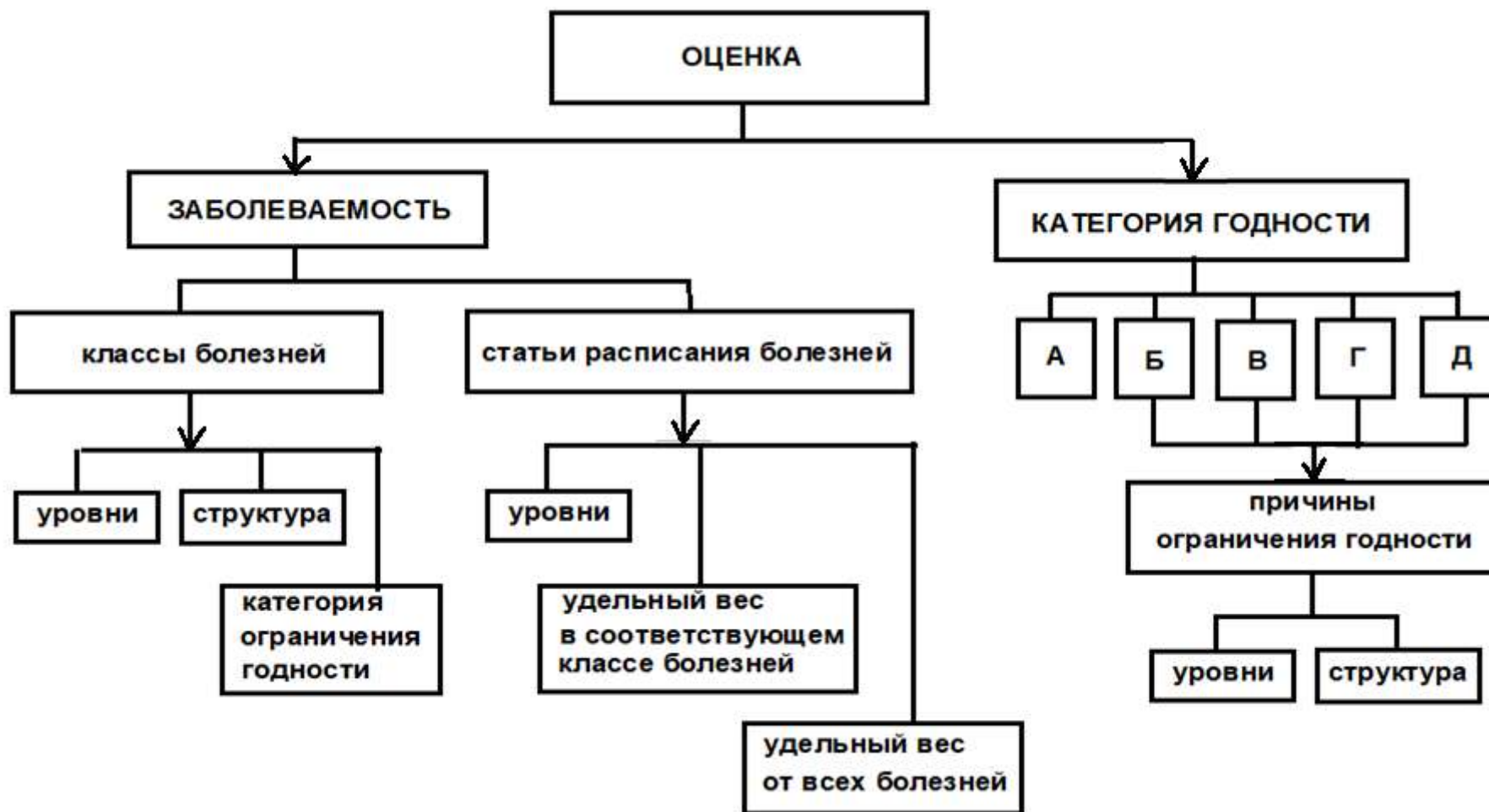


Рисунок 12 – Этап оценки распространенности заболеваний и распределения по категориям годности к военной службе юношей при первоначальной постановке на воинский учет

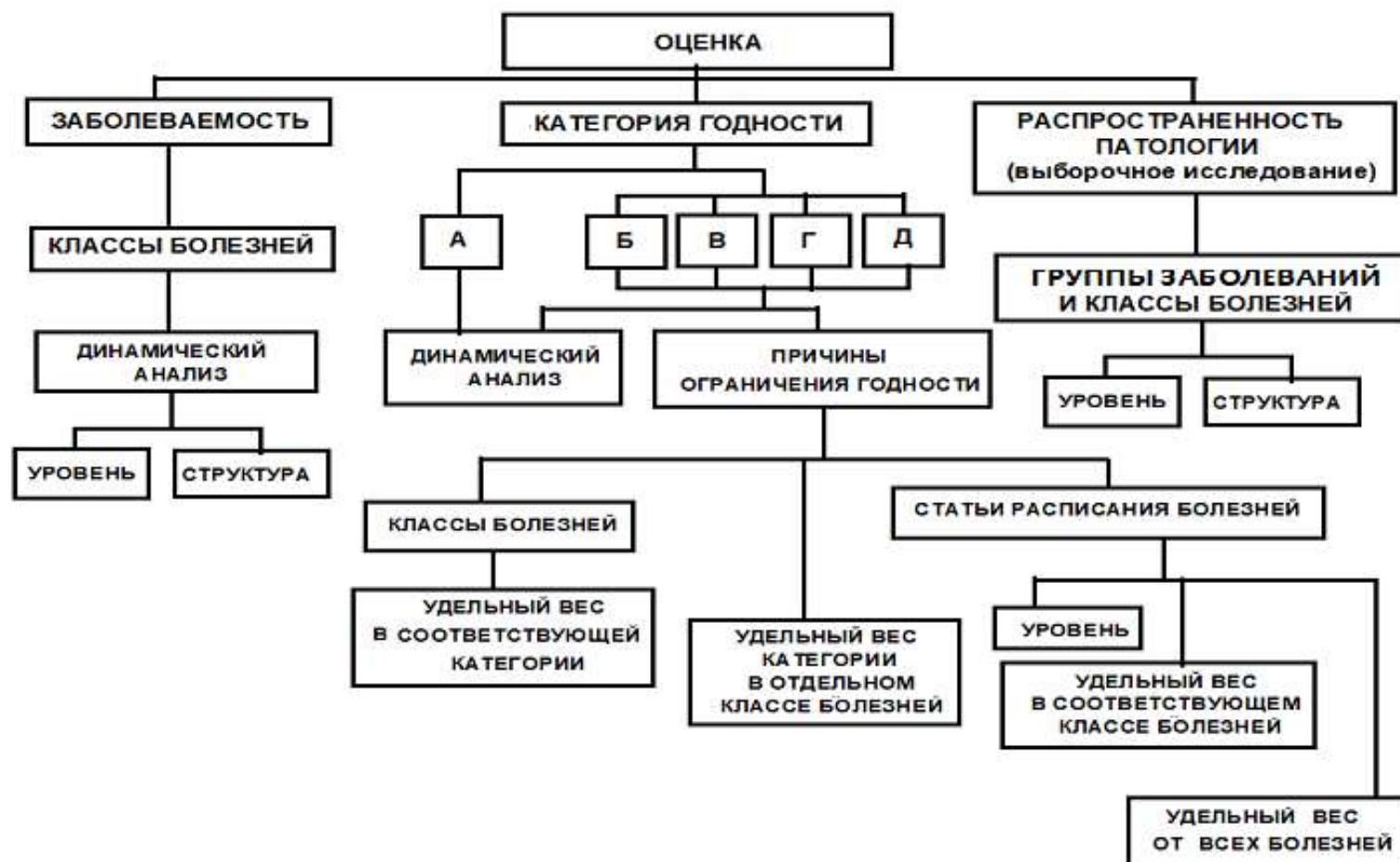


Рисунок 13 – Этап оценки распространенности заболеваний и распределения по категориям годности лиц, призываемых на военную службу

Таким образом, анализ четырех основных информационных баз показал закономерности и различия в выявлении патологии, что свидетельствует о необходимости учета всего объема показателей при оценке формирования обороноспособного потенциала.

На завершающем этапе проводится сравнительная оценка результатов, полученных по материалам всех четырех информационных блоков (рисунок 14).

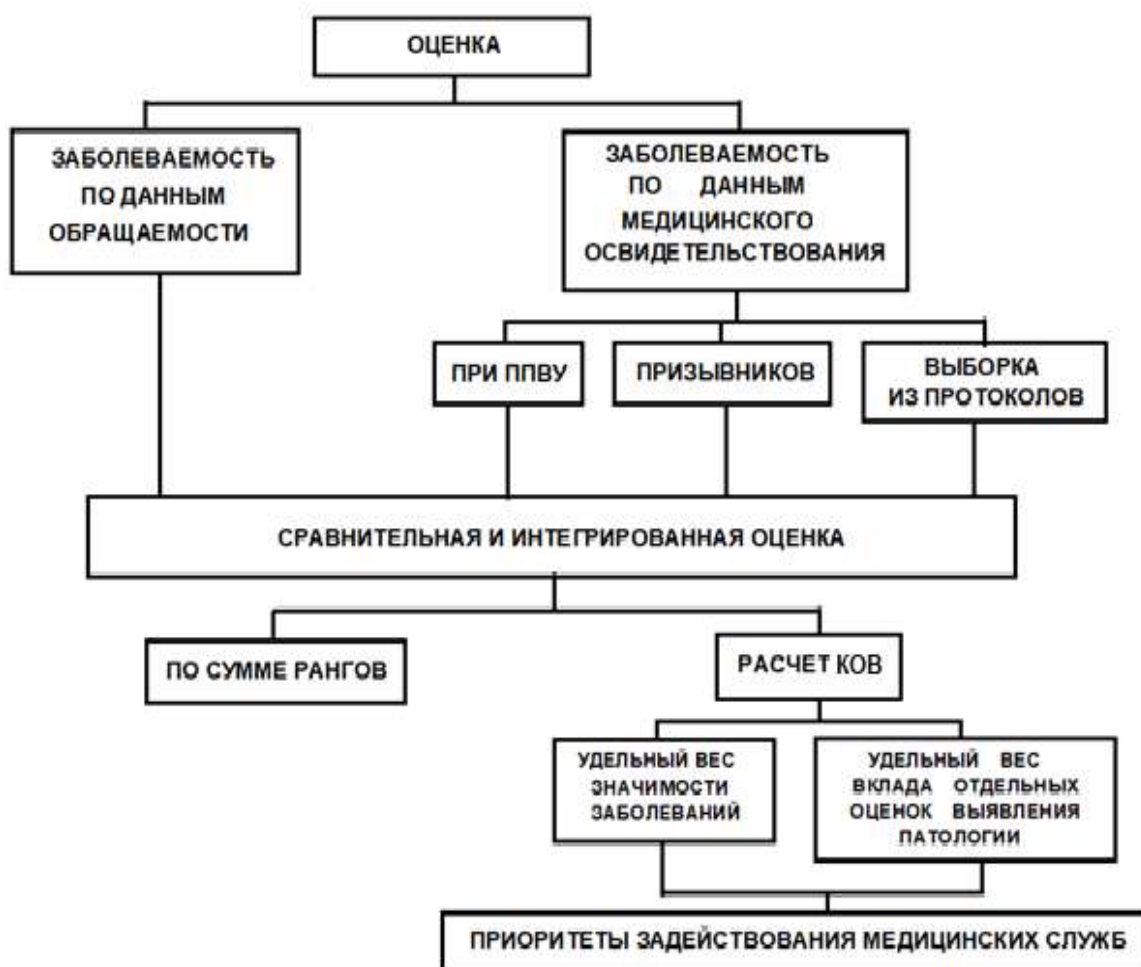


Рисунок 14 – Этап установления значимости заболеваний и вклада оценок выявления патологии с определением приоритетов задействования медицинских служб

На этой основе формируется итоговая часть модели (выход), с установлением перечня ведущей патологии (классы болезней и группы заболеваний) и расчетом их количественной значимости (удельный вес).

Это позволяет определить приоритеты деятельности медицинских служб и реализации медицинских технологий по снижению ограничения годности к военной службе.

Таким образом, мы имеем нацеленность медицинских служб и врачей на выявление патологии среди рассматриваемых контингентов и реализацию мер по снижению потерь обороноспособного потенциала на соответствующих этапах.

Для совершенствования взаимодействия регионального здравоохранения и военно-врачебных комиссий военных комиссариатов по информационно-аналитическому обеспечению формирования обороноспособного потенциала был разработан электронный «Паспорт призывника» (приложение 2), где фиксируется состояние здоровья подростков. Этот документ является начальным информационным элементом, отражающим состояние здоровья лиц допризывного возраста, где отражаются персонифицированные данные о лицах мужского пола с 10-летнего возраста. Имеется авторское свидетельство.

Резюме. Прохождение всех аналитических этапов оценки дает возможность определить обороноспособный потенциал граждан по состоянию здоровья – от этапа обращаемости юношей-подростков за медицинской помощью до момента их отправления на службу в Вооруженные Силы. Перспектива использования разработанной модели будет связана с возможностью объединения информации о состоянии здоровья лиц допризывного возраста, фиксируемой в медицинских документах учреждений здравоохранения и военно-врачебных комиссий. Суммирование результатов медосмотров, посещений врача, освидетельствований и т. п., наличие заболеваний, патологических состояний, отклонений, и включение их в представленную модель позволит в динамике оценивать формирование обороноспособного потенциала.

Становится возможным заблаговременно корректировать состояние здоровья как в целом поколения подростков, так и будущих призывников с учетом требований Вооруженных Сил.

По материалам данной главы опубликованы статьи: «Комплексная оценка заболеваемости юношей-подростков и лиц, призываемых на военную службу» [19], «Информационно-аналитическая модель оценки распространенности патологии среди юношей-подростков и лиц призывного возраста» [74]. Получено «Свидетельство о гос. регистрации программы для ЭВМ – Электронный паспорт призывника» [216].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В основу исследования распространенности патологии среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста положена методология социально-гигиенической оценки заболеваемости, результатов медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу.

В Новосибирской области заболеваемость юношей-подростков по данным обращаемости за медицинской помощью в среднем за 2012–2014 гг. составляла 1898,0 ‰.

Основная масса обращений связана с болезнями органов дыхания, когда из каждой тысячи подростков у 776,8 зафиксирован данный вид патологии, на который приходится 40,9 % всей заболеваемости юношей. На втором месте по уровню заболеваемости находится класс травм и отравлений, составляющий 234,1 ‰, с удельным весом 12,3 % от всех причин. Относительно высокий уровень заболеваемости отмечен от болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; глаза и его придаточного аппарата, а также психических расстройств и расстройств поведения, величина распространенности которых составляет соответственно 134,2; 131,8 и 117,8 на 1000 подростков, а доля их в общей структуре причин – соответственно 7,1; 7,0 и 6,2 %.

В определенной степени значимыми классами болезней данного контингента населения можно признать болезни кожи и подкожной клетчатки (91,2 ‰), органов пищеварения (90,2 ‰) и нервной системы (86,7 ‰). Уровень обращаемости по этим группам патологии был выше 50,0 ‰ и удельный вес среди всех болезней составлял более 4,5 %. На указанные 8 классов болезней приходится 87,7 % всей обращаемости за медицинской помощью.

Анализ заболеваемости юношей, отмеченной как впервые установленной, свидетельствует, что более половины (53,9 %) всей

заболеваемости приходится на болезни органов дыхания с уровнем первичной диагностики 683,9 на 1000 юношей-подростков. Второй по значимости патологией является травматизм, с величиной распространенности 234,1 ‰ и долей от всех причин 18,4 %. В группу основных болезней, определяющих первичную обращаемость за медицинской помощью, можно отнести такие классы, как болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни глаза и его придаточного аппарата, органов пищеварения, а также болезни уха и сосцевидного отростка. Уровень первичной заболеваемости по этим болезням составлял свыше 25,0 на 1000 подростков (от 26,2 до 71,2 ‰), а удельный вес их от всей патологии более от 2,1 до 5,6 % по каждому классу.

На рассмотренные 8 классов болезней приходится 92,8 % всех впервые выявленных болезней. При этом доля впервые выявленной патологии в общем объеме заболеваемости наиболее высокое значение имеет при заболеваниях органов дыхания, составляющий 88,0 %. Также большая доля впервые выявленной патологии (78,0–83,7 %) фиксируется при инфекционных и паразитарных заболеваниях, болезнях уха и сосцевидного отростка, кожи и подкожной клетчатки. От 30,0 до 55,0 % первичной заболеваемости регистрируется при обращениях по поводу новообразований, болезней крови и кроветворных органов, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов пищеварения, мочеполовой системы, эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ.

Имеется ряд классов патологии, где уровень первичных обращений минимален, составляя менее 15,0 %. Это психические расстройства и расстройства поведения, а также врожденные аномалии развития. Низкий удельный вес первичной заболеваемости в общем объеме обращений за

медицинской помощью в определенной степени свидетельствует о хронизации патологии, что в ряде случаев требует наблюдения и постановки больных на диспансерный учет.

Ведущими классами болезней, которые определяют основную массу диспансерного учета, являются заболевания органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата, нервной системы и органов пищеварения, с уровнем диспансеризации подростков 50,0–78,0 %, и на которые приходится 69,7 % от всех юношей, состоящих на учете.

Определенную значимость при постановке на диспансерный учет имеют такие заболевания, как болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, когда из каждой 1000 подростков 34,6 наблюдаются у соответствующего специалиста, а также болезни системы кровообращения (30,4 %), психические расстройства и расстройства поведения (23,3 %).

При интегрировании трех показателей заболеваемости (общей, первичной и диспансеризуемой) установлено, что на первом месте находятся болезни органов дыхания с величиной КОВ=0,171 и удельным весом значимости среди оцениваемых 11 классов патологии 16,2 %.

Этот класс болезней является ведущим по уровню обращаемости и количеству подростков, состоящих на диспансерном учете, что и обеспечило ему лидирующее положение. На втором месте по обоим видам оценки находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с удельным весом значимости по КОВ – 15,3 %. Данный класс патологии занимает 3-е место по обращаемости и 2-е по уровню диспансерного учета. Третью позицию по результатам комплексной оценки занимают болезни глаза и его придаточного аппарата, которые по сумме мест являются ведущим классом патологии, с удельным весом значимости 14,6 %. Четвертое и пятое места у подростков приходятся на

психические расстройства и болезни нервной системы, что определено значительным удельным весом хронизации этих патологических процессов и соответственно существенной долей значимости (11,5–11,7 %). Несколько меньшую долю значимости (10,2 %) составляют болезни органов пищеварения, а также эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (6,3 %) и системы кровообращения (5,5 %).

Результаты медицинского освидетельствования юношей при первоначальной постановке на воинский учет за период 2000–2014 гг. показали, что в среднем 62,8 % освидетельствованных имели ту или иную патологию, снижающую их годность к военной службе. При этом 22,5 % всех заболеваний было выявлено впервые.

В целом за рассматриваемый 15-летний период 38,5 % освидетельствованных подростков были признаны годными к военной службе (категория «А»), 23,8 % – годными с незначительными ограничениями (категория «Б»), 22,6 % – ограниченно годными (категория «В»), 13,2 % – временно не годными (категория «Г») и 1,9 % – полностью не годными (категория «Д»).

При этом установлено, что основными классами болезней, ограничивающих годность, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, составляющие 25,4 % всех случаев выявленной патологии. При этом у 80,1 % юношей-подростков с наличием данных заболеваний установлена временная негодность к военной службе. Другим ведущим классом болезней являются психические расстройства и расстройства поведения, на долю которых приходится 16,6 % всех ограничений годности, где в 76,5 % случаев подростки являются ограниченно годными. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в 14,1 % случаев определяют характер годности к военной службе, при этом 80,4 % юношей с данной патологией являются ограниченно годными. Также в группу основных

заболеваний можно отнести болезни нервной системы, органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, на которые приходится соответственно 8,6; 6,5 и 5,2 % всех причин ограничения годности, когда соответственно у 56,9; 79,1 и 62,1 % освидетельствованных с указанными болезнями являются ограниченно годными. В определенной степени к ведущим заболеваниям следует добавить и болезни системы кровообращения с удельным весом их в общем объеме ограничения годности 5,0 %, где почти половина (48,4 %) случаев заболевания определяет временную негодность к военной службе.

Анализ распространенности заболеваний по статьям расписания болезней позволил выделить 13 групп патологии, представляющие 9 классов болезней, на которые приходится 76,5 % от всех заболеваний. Основной группой патологии, выявляемой при медицинском освидетельствовании у подростков, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, на долю которых приходится 25,4 %, и практически у каждого шестого обследованного (153,7 на 1000 освидетельствованных) выявляется данная патология. При этом юношей с заболеваниями этой группы болезней в 50,1 % случаев относят к категории временно не годных к военной службе, а в 44,0 % – они признаются годными с незначительными ограничениями.

Второй по значимости группой патологии являются заболевания позвоночника и их последствия. Удельный вес в общем объеме болезней составляет 11,7 %, а выявляемость – 70,6 на 1000 освидетельствованных. При этом 61,4 % подростков являются годными с незначительными ограничениями, а 38,1 % – ограниченно годными к военной службе.

Третьей группой патологии, составляющей 7,0 % от всех заболеваний, признаны такие заболевания глаза как нарушение рефракции и аккомодации, слепота, пониженное зрение, аномалии цветового зрения с уровнем распространенности 42,1 %. На них приходится 88,6 % всех

болезней в этом классе, и 64,4 % освидетельствованных относят к категории годных с незначительными ограничениями, а 32,4 % – ограниченно годными.

Следующей патологией по распространенности среди подростков является бронхиальная астма, которая была установлена у 32,8 освидетельствованных из 1000, и удельный вес ее значимости среди всех заболеваний составил 5,4 %. Характерно, что все юноши с этой патологией относятся к категории ограниченно годных к военной службе.

Немаловажное значение имеет тот факт, что при медицинском освидетельствовании было установлено у 28,4 подростков из 1000 наличие умственной отсталости. Эта патология составляет 47,1 % от всего класса психических расстройств и расстройств поведения, а в целом от всех заболеваний – 4,7 %. При этом 22,9 % больных были признаны не годными к военной службе, а 77,1 % – ограниченно годными. Примерно такой же уровень распространенности имеют заболевания нервной системы, в частности, дегенеративные болезни, детский церебральный паралич и др., а также последствия травм головного и спинного мозга. Из этой группы больных подростков 31,9 % являются ограниченно годными, а 17,7 % – полностью не годными к военной службе.

Распространенность плоскостопия и других деформаций стопы составила 27,9 %, а удельный вес среди всех заболеваний подростков – 4,6 %. В 51,9% случаев эти юноши были отнесены к группе годных к военной службе, но с незначительными ограничениями, а 47,5 % – ограниченно годных.

Остальные нозологические формы и группы заболеваний подростков имели долю менее 3,0 %. При этом в случаях выявления у подростков заболеваний кожи, органических психических расстройств (87,2 и 65,7 % соответственно) были включены в категорию ограниченно годных. Юноши с ревматическими и другими поражениями сердца в 58,2 %

случаев отнесены к категории годных с незначительными ограничениями и 38,5 % – ограниченно годных, а при временных функциональных расстройствах системы кровообращения 100,0 % были признаны временно не годными. При заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, глотки 98,7 % освидетельствованных признаны годными с незначительными ограничениями, что свидетельствует о легкой степени данной патологии. Заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчных путей, поджелудочной железы фиксировались на уровне 12,0 ‰, и в 69,6 % случаев больные подростки получали категорию годности «Б», а 30,0 % – категорию «В».

Анализ состояния здоровья лиц, призываемых на военную службу, показал, что в среднем за 12-летний период (2003–2014 гг.) уровень полной годности призывников составлял 37,4 %, годными с незначительными ограничениями были признаны 23,4% призывников, ограниченно годными – 33,9 % освидетельствованных, временно не годными – 3,7 % и полностью не годными – 1,6 %.

При этом для призывников, определяемых в категорию «Б» (годны с незначительными ограничениями) ведущими классами патологии являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (24,5 % от всех заболеваний), костно-мышечной системы и соединительной ткани (22,7 %), глаза и его придаточного аппарата (12,5 %), нервной системы (12,2 %), которые в сумме составили 71,9 %. В определенной степени ограничивают годность данной категории призывников болезни системы кровообращения, органов пищеварения и дыхания, на которые приходится соответственно 8,8; 8,3 и 5,5 % от всех заболеваний. Остальные классы составили в сумме 5,5 %.

Для призывников, признанных ограниченно годными можно выделить 3 ведущих класса болезней – это болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на которые приходится 28,1 % от всех

заболеваний, а также психические расстройства и расстройства поведения и болезни нервной системы, составляющие соответственно 14,0 и 11,3 %. В определенной мере можно признать значимыми для этой категории призывников такие классы, как болезни органов пищеварения (6,0 %), органов дыхания (5,2 %), кожи и подкожной клетчатки (5,0 %).

Для призывников, отнесенных в категорию «Г», ведущими классами заболеваний являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с удельным весом в общем объеме патологии 37,0 %, болезни нервной системы (14,1 %), болезни системы кровообращения (11,3 %) и последствия травм (12,5 %), которые в сумме определяли 74,9 % временно не годных к военной службе призывников. Определенную значимость в этой категории граждан, призываемых на службу, имели болезни органов пищеварения, органов дыхания, мочеполовой системы, инфекционные и паразитарные заболевания, составляющие от 7,5 до 3,1 %.

Среди заболеваний, формирующих полную негодность к военной службе, главными являются психические расстройства и расстройства поведения, определившие 35,3 % случаев установления негодности в этой категории призывников, а также болезни нервной системы и болезни глаза и его придаточного аппарата, на которые приходится соответственно 16,3 и 9,9 % лиц, отнесенных к категории «Д». В определенной степени могут иметь значимость такие классы, как болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, инфекционные и паразитарные болезни, заболевания системы кровообращения, новообразования и врожденные аномалии, составляющие по 3,5–5,4 % от всех заболеваний.

В целом ведущим классом заболеваний, ограничивающим годность призывников к военной службе по всем категориям, являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, составляющие 23,9 %

всех случаев выявления патологии. При этом у 64,5 % призывников с наличием данного класса болезней установлено ограничение годности (категория «В») к военной службе.

Другим ведущим классом болезней являются заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, на долю которых приходится 13,4 % всех ограничений годности, где в 67,4 % случаев заболеваний призывников зафиксирована категория «Б».

Болезни нервной системы определяют в 11,9 % случаев характер годности к военной службе. При этом 51,7 % призывников с данной патологией являются ограниченно годными, а 37,7 % – годными с незначительными ограничениями.

В определенной степени в группу основных заболеваний можно отнести психические расстройства и расстройства поведения, болезни органов пищеварения, системы кровообращения и органов дыхания, на которые приходится соответственно 9,2; 8,3; 7,3 и 5,0 % всех причин ограничения годности, когда соответственно у 83,7; 57,6; 44,9 и 55,8 % освидетельствованных регистрируется категория «В». Также значимым классом можно признать болезни глаза и его придаточного аппарата, определяющие 7,3 % всех случаев ограничения годности, где 63,2 % призывников с этой патологией считаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.

При анализе распространенности патологии у лиц, призываемых на военную службу, было выделено 14 групп заболеваний, представляющих 9 классов болезней, на которые приходится 73,3 % от всех заболеваний, ограничивающих годность к военной службе.

В классе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани 70,4 % всех ограничений годности определяют болезни позвоночника и их последствия (статья 66) с уровнем распространенности 103,8 на 1000 освидетельствованных, и в целом их удельный вес в общем

объеме заболеваний призывников составляет 16,7 %. Также в данном классе патологии можно выделить плоскостопие и деформацию стопы (статья 68) с уровнем распространенности 32,6 ‰ и удельным весом значимости 5,3 % (четвертое место среди всех нозологических групп).

На втором месте с уровнем ограничения годности 83,7 ‰ – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (статья 13, где исключен эутиреоидный зоб) и удельным весом в общем объеме заболеваний 13,5 %. Третье место приходится на травмы головы и спинного мозга и их последствия с поражением центральной нервной системы (статья 25), входящие в класс нервных болезней, распространенность которых составляет 55,6 на 1000 освидетельствованных с удельным весом значимости 9,0 %.

Среди класса болезней глаза и его придаточного аппарата основной группой патологии является нарушение рефракции и аккомодации (статья 34), распространенность которых среди призывников достигает 30,5 на 1000 освидетельствованных, с удельным весом в общем объеме ограничений годности 4,9 %.

Среди психических расстройств и расстройств поведения можно выделить умственную отсталость (статья 20), ограничивающую годность у 21,6 из 1000 освидетельствованных призывников и занимающую долю 3,5 % от всей патологии, а также органические психические расстройства (статья 14) с уровнем распространенности 17,2 ‰ и удельным весом 2,8 %.

Следует обратить внимание на болезни органов пищеварения, и в частности, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки (статья 58), болезни печени и желчного пузыря, поджелудочной железы (статья 59), на которые приходится соответственно 3,1 и 2,5 % всей патологии, с уровнем ограничения годности соответственно у 19,4 и 15,2 из 1000 освидетельствованных.

Немаловажное значение имеет целая группа болезней кожи и подкожной клетчатки (статья 62), которые определяют 2,9 % всех ограничений годности и выявляются у 18,0 призывников из 1000 освидетельствованных.

Среди болезней органов дыхания можно выделить бронхиальную астму (статья 52) и патологию полости носа, околоносовых пазух, глотки (статья 49), ограничивающие годность соответственно у 16,4 и 12,8 призывников из 1000 освидетельствованных, с удельным весом в общем объеме заболеваний соответственно 2,6 и 2,1 %.

К группе значимых болезней в определенной степени можно отнести гипертоническую болезнь (статья 43) и ревматические поражения сердца (статья 42), на которые приходится соответственно 2,4 и 2,0 % всей патологии, с уровнем распространенности среди призывников соответственно 14,9 и 12,2 %.

Остальные 74 нозологические группы заболеваний (статьи расписания болезней) при медицинском освидетельствовании призывников выявляются в незначительном количестве, менее 10,0 на 1000 освидетельствованных и соответственно удельный вес ниже 2,0 % по каждой группе.

По результатам углубленного выборочного исследования состояния здоровья призывников (по материалам протоколов медицинского освидетельствования) было установлено, что у 298,2 из 1000 освидетельствованных отмечено наличие патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани, что составило 20,1 % от всего объема выявленной патологии. Среди этого класса болезней ведущими являлись патология позвоночника, наличие плоскостопия и деформации стопы, на которые приходилось соответственно 9,4 и 6,8 % всей патологии призывников.

Второе место по объему установленных патологических отклонений заняли болезни системы кровообращения с уровнем распространенности патологии 214,3 ‰ и удельным весом в общем объеме 14,4 %. В этом классе болезней наибольшее значение имеют: ревматические поражения сердца и гипертензия, составляющие соответственно 7,1 и 4,0 % от всех заболеваний.

Третье место по распространенности патологии (154,5 ‰) приходится на болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, где в основном преобладают сахарный диабет и ожирение, с долей вклада в общий объем патологии 10,4 %.

Обращает на себя внимание относительно высокий уровень выявленной патологии органов дыхания – 143,7 на 1000 освидетельствованных с удельным весом 9,7 %, где ведущими заболеваниями являются бронхиальная астма, патология носа и глотки.

Определенную значимость имеет распространенность среди призывников патологических отклонений в нервной системе, органах пищеварения, зрения, психические расстройства и поражения кожи, выявляемых соответственно у 126,2; 112,1; 108,0; 93,9 и 84,7 на 1000 освидетельствованных. Основные поражения нервной системы являются следствием травм головы и спинного мозга, сосудистых поражений мозга и функциональных расстройств, после острых и хронических заболеваний, хирургического лечения.

На рассмотренные 9 классов патологии приходится 90,1 % всех патологических отклонений, установленных при медицинском освидетельствовании призывников. Остальные поражения органов и тканей не имеют широкого распространения, фиксируясь с частотой выявляемости 21,6–39,9 на каждую 1000 призывников.

Интегрированная оценка заболеваемости юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста на основе расчета коэффициентов

относительной значимости болезней показала, что основными заболеваниями, выявляемыми при определении годности юношей-подростков к воинской службе, являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, которые определяют высокий уровень обращаемости за медицинской помощью, регистрируются у значительной части лиц, призываемых на военную службу, и имеют широкое распространение при углубленной оценке результатов медицинского освидетельствования.

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ имеют относительно низкий уровень обращаемости юношей-подростков за медицинской помощью, но при первоначальной постановке на воинский учет выявляются у значительного числа освидетельствованных. Среди лиц, призываемых на военную службу, они становятся менее значимы в результате проведения лечебно-профилактических мер, а также в связи с тем, что определенная часть юношей не попадает в категорию призывников. При углубленном анализе уровень выявляемости патологии данного класса болезней соответствует уровню при первоначальной постановке на воинский учет.

Болезни органов дыхания характеризуются высоким уровнем обращаемости за медицинской помощью, но при первоначальной постановке и при медицинском освидетельствовании призывников эта патология ограничивает годность у незначительного числа юношей, но имеется широкое распространение патологических процессов данного класса при углубленном анализе протоколов, что предопределяет необходимость проведения лечебно-оздоровительных мероприятий среди этого контингента призывников.

Психические расстройства и расстройства поведения в значительной степени определяют обращаемость за медицинской помощью, но имеют невысокие уровни распространенности при первоначальной постановке на

воинский учет и, особенно, среди призывников, что свидетельствует об отсеивании лиц с такими заболеваниями на предварительных этапах.

Болезни нервной системы характеризуются высоким уровнем обращаемости подростков за медицинской помощью, но низким уровнем, ограничивающим годность к службе, а в целом имеют широкое распространение при углубленном анализе протоколов медицинского освидетельствования призывников. Это предопределяет особое внимание со стороны медицинских служб к данной категории лиц.

Болезни системы кровообращения в целом не являются значимыми при обращении за медицинской помощью, несущественно ограничивают годность к службе, но все-таки имеют высокую распространенность среди лиц, призываемых в армию, что в последующем при несении службы может отразиться на обороноспособности.

Наличие болезней глаза и его придаточного аппарата у юношей подростков в большой степени определяет их обращаемость за медицинской помощью, но у незначительной части освидетельствованных ограничивает годность к военной службе. Распространенность этой патологии при углубленном анализе протоколов медицинского освидетельствования призывников несущественно влияет на их категорию годности. Аналогичная ситуация прослеживается при выявлении болезней органов пищеварения.

Болезни кожи и подкожной клетчатки определенную значимость приобретают при углубленном анализе протоколов медицинского освидетельствования призывников, хотя это не снижает степень их годности к военной службе, но требует медицинского внимания и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Распространенность болезней мочеполовой системы существенно не влияет на потенциальную востребованность медицинских технологий и ограничение годности к службе в армии.

Таким образом, при оценке состояния здоровья юношей-подростков, допризывников и лиц, призываемых на военную службу, а также при определении востребованности медицинских технологий установлено, что будут наиболее задействованы 8 служб: ортопедическая, эндокринологическая, пульмонологическая, психиатрическая, неврологическая, кардиологическая, офтальмологическая и гастроэнтерологическая. При этом значимость ортопедической помощи составит 19,7 %, где ведущими будут медицинские технологии, направленные на диагностику и лечение заболеваний позвоночника, плоскостопия и других деформаций стопы. Значимость эндокринологической помощи составит 13,1 % от всего объема медицинских технологий.

Деятельность пульмонологической службы в основном будет направлена на реализацию технологий при хронических поражениях миндалин, заболеваниях носа и бронхиальной астмы. Значимость медицинских технологий данного профиля составит 11,0 %.

На психиатрическую помощь приходится 10,7 % значимости, где основные технологии будут направлены на диагностику и лечение умственной отсталости, расстройств личности и органических психических расстройств.

Неврологическую службу предполагается задействовать при лечении и реабилитации последствий травм головного и спинного мозга, а также при функциональных расстройствах ЦНС после перенесенных заболеваний и хирургического лечения. Уровень значимости медицинских технологий рассматриваемого профиля – 10,6 %.

Значимость кардиологической помощи составит 9,9 %, и направленность ее технологий будет связана с предупреждением развития ревматических поражений и гипертонической болезни.

Деятельность офтальмологической службы со значимостью 9,6 % будет направлена на реализацию лечебно-диагностических технологий при нарушении рефракции и аккомодации глаз, миопии и астигматизма.

Гастроэнтерологическая помощь (8,8 % значимости) будет связана с заболеваниями желудка, кишечника, печени и желчного пузыря.

На основании проведенного исследования была сформирована модель оценки, включающая ряд информационных блоков: данные обращаемости юношей-подростков за медицинской помощью; результаты медицинского освидетельствования юношей при первоначальной постановке на воинский учет; результаты медицинского освидетельствования лиц, призываемых на военную службу, и материалы углубленного изучения протоколов их медицинского освидетельствования. Аналитическое звено модели включало 4 этапа оценки распространенности патологии.

Это позволило установить значимость отдельных видов патологии (классы болезней и нозологические группы заболеваний) с расчетом их количественной значимости (удельный вес), а также определить приоритеты деятельности медицинских служб и реализации медицинских технологий по снижению ограничения годности к военной службе.

Таким образом, прохождение всех аналитических этапов оценки дает возможность определить обороноспособный потенциал граждан по состоянию здоровья – от этапа обращаемости юношей-подростков за медицинской помощью до момента их отправления на службу в Вооруженные Силы.

ВЫВОДЫ

1. Ведущими классами болезней, определяющих 89,9 % всей значимости при обращении юношей-подростков за медицинской помощью, являются болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата, психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, органов пищеварения, системы кровообращения, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, которые в 89,0 % случаев выявляются при первоначальной постановке на воинский учет и в 86,3 % случаев при медицинском освидетельствовании призывников, что снижает годность к военной службе у 60,5–62,0 % лиц допризывного и призывного возраста.

2. Среди лиц допризывного возраста наиболее распространены заболевания, связанные с расстройством питания и нарушениями обмена веществ (153,7 на 1000 освидетельствованных); болезни позвоночника и их последствия (70,6 ‰); нарушения рефракции и аккомодации глаз, пониженное зрение (42,1 ‰); бронхиальная астма (32,8 ‰); умственная отсталость (24,8 ‰); дегенеративные болезни нервной системы (24,3 ‰); плоскостопие и другие деформации стопы (27,9 ‰), которые в сумме составляют 63,0 % от всех заболеваний и определяют у 60,5 % освидетельствованных соответствующую категорию годности к военной службе.

3. Установлено, что в среднем за 15-летний период (2003–2017 гг.) в Новосибирской области 38,0 % освидетельствованных призывников были признаны полностью годными к военной службе; 23,9 % – имели годность с незначительными ограничениями; 32,5 % – признавались ограниченно годными; 4,1 % – временно не годными; 1,5 % – полностью не годными, что связано с наличием заболеваний позвоночника, плоскостопия, патологии эндокринной системы, расстройств питания и нарушений

обмена веществ, последствий травм головного и спинного мозга, умственной отсталости, органических психических расстройств, заболеваний желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, нарушений рефракции и аккомодации, поражений кожи и подкожной клетчатки, гипертонической болезни, ревматизма, заболеваний сердца; бронхиальной астмы, заболеваний носа, околоносовых пазух, глотки, на которые приходится 73,3 % всех случаев ограничений.

4. Разработанная методика комплексного использования информационных баз здравоохранения и военного ведомства позволила определить количественную значимость отдельных классов болезней и групп заболеваний на различных этапах их выявления для проведения сравнительной и интегрированной оценки распространенности патологии среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста.

5. Разработанная модель оценки распространенности патологии и значимости заболеваний при определении обороноспособного потенциала включает информационные базы о заболеваемости юношей-подростков, результатах медицинского освидетельствования лиц допризывного и призывного возраста (в т. ч. углубленного анализа протоколов), сравнительную и интегрированную оценку этих показателей, определение приоритетов задействования медицинских служб с расчетом их удельного веса значимости при совершенствовании медицинской помощи по снижению заболеваний, ограничивающих годность к военной службе.

6. Приоритетными среди медицинских служб при совершенствовании стратегии медицинской помощи для снижения потерь обороноспособного потенциала являются: ортопедическая с удельным весом значимости 18,9 %, эндокринологическая – 13,8 %, пульмонологическая – 11,4 %, психиатрическая – 9,4 %, неврологическая – 9,5 %, кардиологическая – 10,9 %, офтальмологическая – 10,5 %, гастроэнтерологическая – 8,1 %.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Министерству здравоохранения РФ при совершенствовании государственной программы «Развитие здравоохранения» и разработке «Стратегий регионального здравоохранения» рассматривать формирование здоровья подростков как важнейшую часть национальной безопасности и, в частности, развития обороноспособного потенциала страны.

2. Администрациям регионального здравоохранения (министерствам, департаментам, управлениям) при разработке стратегии развития здравоохранения региона, формировании программ по снижению распространенности патологии среди детей и подростков предлагается проводить комплексную оценку заболеваемости юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста с установлением приоритетов задействования медицинских служб для сохранения обороноспособного потенциала.

3. Военно-врачебным комиссиям военных комиссариатов рекомендуется применять в своей практической деятельности методику анализа значимости отдельных заболеваний, ограничивающих годность лиц допризывного и призывного возраста, распространенности патологии среди призывников с определением характера формирования обороноспособного потенциала.

4. Администрациям медицинских служб и организаций при совершенствовании ортопедической, эндокринологической, пульмонологической, психиатрической, неврологической, кардиологической, офтальмологической, гастроэнтерологической и других видов медицинской помощи следует обращать внимание на распространенность патологии среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста, определяющих приоритеты реализации медицинских технологий.

5. Специалистам подростковой медицины, педиатрам предлагается учитывать характер распространенности патологии среди юношей-подростков для определения перспектив реализации медицинских технологий профилактического, лечебно-диагностического и реабилитационного направлений.

6. Медицинским информационно-аналитическим центрам при совершенствовании социально-гигиенического мониторинга рекомендуется использовать модель и этапы оценки распространенности патологии среди юношей-подростков, лиц допризывного и призывного возраста.

7. Новосибирскому государственному медицинскому университету и другим вузам РФ рекомендуется применять в учебно-педагогическом процессе на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, педиатрии материалы исследования распространенности патологии среди подростков, а также методику социально-гигиенического познания проблем формирования обороноспособного потенциала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агарков, А. А. Функциональная модель организации медико-социальной помощи подросткам допризывного возраста с нервно-психическими расстройствами / А. А. Агарков, Т. Ф. Скороходова. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 3. – С. 28–31.
2. Алтынбекова, Г. И. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества : автореф. дис. ... к. м. н. – Томск, 2005. – 25 с.
3. Анализ заболеваемости социально значимыми дерматозами и их диспансеризации по результатам анкетирования призывников в Томской области / П. Н. Пестерев, С. М. Хлынин, Е. С. Подгорнова, В. А. Перминов // Бюллетень сибирской медицины (Томск). – 2007. – Т. 6. – № 1. – С. 111–115.
4. Анализ заболеваемости юношей допризывного возраста в современных условиях (на примере Иркутской области) / В. В. Долгих, Д. В. Кулеш, Л. Н. Лебедева, Т. П. Шкандыло // Acta Biomedica Scientifica. – 2009. – № 52. – С. 25–27.
5. Анализ здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне / В. Г. Зотов, Н. М. Цунина, А. М. Спиридонов, В. А. Кондурцев // Гигиена и санитария. – 2005. – № 5. – С. 68–69.
6. Анализ результатов медицинского освидетельствования юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет / Е. Г. Шведов, Е. А. Бабенко, А. И. Бабенко, Н. А. Гусельникова // Проблемы общественного здоровья и совершенствование организации здравоохранения на современном этапе : Материалы 51-й научно-практической конференции с международным участием. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний». – 2016. – С. 254–256.

7. Анализ состояния здоровья населения как основа планирования медицинской помощи на региональном уровне / М. Г. Москвичева, Е. С. Щепилина, В. Б. Щетинин и др. // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № 2. – С. 86–91.

8. Анализ состояния здоровья юношей Иркутской области допризывного возраста / С. Б. Белогоров, В. В. Долгих, Е. Л. Смирнов, и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 108–110.

9. Андроненков, И. А. Совершенствование организации медицинского обеспечения юношей при подготовке к военной службе : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2011. – 22 с.

10. Анохин С. Н. К призыву не годен / С. Н. Анохин // Военно-медицинский журнал. – 2004. – № 4. – С. 24–28.

11. Антоненков, Ю. Е. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию подготовки молодёжи к службе в Вооруженных Силах России : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2016. – 46 с.

12. Антоненков, Ю. Е. О характеристиках военнообязанных в Воронежской области / Ю. Е. Антоненков // Вестник новых медицинских технологий – 2013 – № 1. – Электронное издание. – С. 1–3.

13. Ануфриева, Е. В. Научное обоснование оптимизации медицинского обеспечения юношей допризывного возраста с недостаточностью питания : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2009. – 24 с.

14. Артериальная гипертензия у детей и подростков / В. П. Булатов, Т. П. Макарова, Д. И. Садыкова и др. // Казанский медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С. 300–303.

15. Артюхов, И. П. Основные тенденции состояния здоровья подростков города Красноярск / И. П. Артюхов, М. Ю. Галактионова,

А. Л. Рахимова // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 6 (78). – С. 47–52.

16. Астанкин, С. В. Анализ заболеваемости призывной молодежи Томской области / С. В. Астанкин // Бюллетень сибирской медицины (г. Томск). – 2007. – Т. 6. – № 2. – С. 118–121.

17. Ахмерова, С. Г. Оценка образа жизни юношей допризывного возраста в современных условиях / С. Г. Ахмерова, Р. Р. Абдуллина // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – Т. 4. – № 5. – С. 29–32.

18. Ахмерова, С. Г. Показатели годности к военной службе, мотивационные установки и состояние здоровья юношей допризывного и призывного возраста / С. Г. Ахмерова, А. В. Ляхович, Э. Е. Федин // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII. – № 3. – С. 184–188.

19. Бабенко, А. И. Комплексная оценка заболеваемости юношей-подростков и лиц, призываемых на военную службу / А. И. Бабенко, Е. Г. Шведов, Е. А. Бабенко // Медицина в Кузбассе. – 2017. – Т. 16. – № 4. – С. 73–80.

20. Бабенко, А. И. Стратегическое планирование и социально-гигиеническая оценка функционирования медицинских организаций / Под ред. Акад. РАМН В.А. Труфакина. – Новосибирск: Сибмедиздат, 2006. – 403 с.

21. Бабенко, Е. А. Социально-гигиеническая оценка патологической пораженности населения по материалам вскрытия умерших в трудоспособном возрасте (на примере Новосибирской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Бабенко. – Новокузнецк, 2010. – 27 с.

22. Базилевская, Н. И. Социально-гигиенический мониторинг в Калининградской области: состояние и развитие области / Н. И. Базилевская, Т. П. Груничева, О. П. Михеенко // Актуальные проблемы и инновационные технологии в гигиене : материалы

Всероссийской научно-практической интернет-конференции (1–5 2012 г.) / под общ. ред. акад. РАМН Г. Г. Онищенко, акад. РАМН Н. В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2012. – С.241–245.

23. Баранов, А. А. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации / А. А. Баранов, А. Г. Ильин // Росс. педиатр. журн. – 2011. – № 4. – С. 7–12.

24. Баранов, А. А. Медицинское обеспечение юношей в детской поликлинике в период подготовки к военной службе / А. А. Баранов, А. Г. Ильин // Главврач. – 2008. – № 10. – С. 41–61 .

25. Баранов, А. А. Программа улучшения здоровья лиц призывного возраста (по материалам доклада на заседании Президиума РАМН 29 ноября 2006 г.) / А. А. Баранов, В. Р. Кучма // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6. – № 2. – С. 8–12.

26. Баранов, А. А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / А. А. Баранов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 608 с.

27. Баранов, А. А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева // Вестн. РАМН. – 2009. – № 5. – С. 6–11.

28. Баранов, А.А. Основные тенденции динамики состояния здоровья детей в Российской Федерации. Пути решения проблем / А. А. Баранов, А. Г. Ильин // Вестн. РАМН. – 2011. – № 6. – С. 12–18.

29. Баранов, А. А. Основные тенденции динамики состояния здоровья детей в Российской Федерации. Пути решения проблем / А. А. Баранов, А. Г. Ильин // Вестн. РАМН. – 2011. – № 6. – С. 12–18.

30. Бармин, Ю. Я. Особенности организации социально-гигиенического мониторинга в условиях крупного промышленного города / Ю. Я. Бармин, С. А. Чеботарькова // Гигиена и санитария. – 2004. – № 5. – С. 43–45.

31. Белоусова, М. В. Особенности клиники и коррекции психогенных расстройств у детей и подростков, перенесших пренатальное поражение ЦНС : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Белоусова. – Казань, 2001. – 24 с.

32. Берглезова, Л. Н. Социально-гигиенический мониторинг в Северном административном округе Москвы города / Л. Н. Берглезова, О. Ф. Сердюкова, Е. М. Осипова // Гигиена и санитария. – 2004. – № 5. – С. 45–47.

33. Брызгин, М. Б. Клинические и социальные аспекты психических расстройств у лиц призывного возраста (на модели Тверского региона) : автореф. дис. ... к.м.н. – М., 2000. – 28 с.

34. Бузинов, Р. В. Совершенствование системы социально-гигиенического мониторинга в обеспечении государственного санитарно-эпидемиологического надзора на региональном уровне : автореф. дис. ... докт. мед. наук / Р. В. Бузинов. – Санкт-Петербург, 2014. – 42 с.

35. Великанов, А.А. Совершенствование медицинского обеспечения юношей допризывного и призывного возрастов на региональном уровне (на модели Ярославской области) : дис....канд. мед. наук. – М., 2006. – 30 с.

36. Величковский, Б. Т. Стратегия охраны здоровья населения России. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов / Б.Т. Величковский. – М.: РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2003. – 32 с.

37. Воробьева, Т. С. Сравнительная характеристика состояния здоровья подростков школ и профессионального училища / Т. С. Воробьева, Е. И. Кривенко, Л. М. Анисимова // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 2 (Приложение 1). – С. 68–69.

38. Воронова, Б. З. Влияние занятий за компьютером на здоровье учащихся старших классов / Б. З. Воронова // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 2 (Приложение 1). – С. 69.

39. Ганина, Е. Ю. Энурез у юношей призывного возраста: распространенность, факторы риска и клинические особенности / Е. Ю. Ганина, В. Н. Крупин, А. Н. Белова // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88. – № 6. – С. 612–616.

40. Герасименко, Н. Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н. Ф. Герасименко // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 3. – С. 10–14.

41. Глушко, Т. В. Формирование личностных расстройств у юношей допризывного и призывного возрастов (клинико-динамические и реабилитационные аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Глушко. – Томск, 2007. – 27 с.

42. Голованов, А. В. Актуальные проблемы здоровья подростков / А. В. Голованов, М. Р. Ахмедов // Проблемы городского здравоохранения: Сб. науч. тр. / Под ред. Н. И. Вишнякова. – Вып. 11. – СПб., 2006. – С. 282–285.

43. Гончаренко, А. Ю. Система мониторинга психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по контракту : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2017. – 22 с.

44. Григорьев, Г. А. Особенности организации социально-гигиенического мониторинга в Республике Марий Эл // Гигиена и санитария. – 2004. – № 5. – С. 48–49.

45. Громбах, С. М. Роль школы в формировании психического здоровья учащихся / С. М. Громбах // Школа и психическое здоровье учащихся. – М.: Медицина, 1988. – С. 9–32.

46. Гудименко, Г. В. Исследование состояния здоровья призывной молодежи Орловской области / Г. В. Гудименко, Р. А. Кондрашова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 11(65). – Ч. 3. – С. 12–15.

47. Гуров, А. Н. Анализ заболеваемости, частоты госпитализаций и уровня летальности при патологии органов пищеварения в Московской области / А. Н. Гуров, Н. А. Катунцева, Е. А. Белоусова // Альманах клинической медицины. – 2015. – Т. 40. – С. 58–62.

48. Гурьева, В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. – 310 с.

49. Давыдова, Т. Е. Состояние здоровья и качество жизни граждан, проходящих военную службу по призыву : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Е. Давыдова. – Москва, 2016. – 26 с.

50. 47а. Денисов, В.Н. Методология стратегического планирования в здравоохранении / В. Н. Денисов, А. И. Бабенко. – Новосибирск: ЦЕРИС, 2001. – 353 с.

51. Дербенев, Д. П. Состояние психического здоровья городских подростков с неадекватным поведением и деликвентов / Д. П. Дербенев // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. –1997. – Т. 97. – Вып. 8. – С. 48–52.

52. Дети в России. 2009 : Статистический сборник / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – 121 с.

53. Динамика выявляемости заболеваний у юношей-подростков при первоначальной постановке на воинский учет в Новосибирской области / Ю. И. Бравве, Е. Г. Шведов, Е. А. Бабенко, А. И. Бабенко // Бюллетень НацНИИ ОЗ им. Н. А. Семашко. – М., 2016. – Вып. . – Ч. 1. – С. 36–39.

54. Динамика показателей заболеваемости лиц, призываемых на военную службу, в Новосибирской области в 2003–2014 гг. / Е. Г. Шведов,

Е. А. Бабенко, С. М. Бекмурзов, А. И. Бабенко // Проблемы общественного здоровья и совершенствование организации здравоохранения на современном этапе : Материалы 51-й научно-практической конференции с международным участием. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний». – 2016. – С. 256–260.

55. Долгих, В. В. Основные факторы риска развития эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков / В. В. Долгих, Л. Р. Колесникова, Л. В. Натяганова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 519.

56. Долгих, В. В. Состояние здоровья подростков и современные тенденции их медицинского и медико-социального обеспечения / В. В. Долгих, Д. В. Кулеш, Т. П. Шкандыло // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – № 5 (43). – С. 155–159.

57. Дроздовский, Ю. В. Клиническая динамика, принципы ранней диагностики, реабилитации и психопрофилактики патохарактерологических отклонений у подростков с девиантным и делинквентным поведением : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1997. – 24 с.

58. Евсиков, Е. М. Характер нарушений функции и изменений структуры почек у призывников, больных первичной артериальной гипертензией, и их родителей / Е. М. Евсиков, Ю. М. Машукова // Российский кардиологический журнал. – 2008. – № 2(70). – С. 4–13.

59. Егоров, А. Ю. Алкоголизация и алкоголизм в молодежной среде: проблемы и перспективы // Биомедицинский журнал. – 2001. – Т. 2. – С. 299–307.

60. Ефимова, С. В. Комплексная оценка состояния здоровья, образа и качества жизни лиц призывного возраста, проживающих в крупном городе : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2012. – 26 с.

61. Заболеваемость и негодность к военной службе призывников Иркутской области / С. Б. Белогоров, В. В. Долгих, Е. Л. Смирнов и др. // Вестник РВМА. – 2008. – № 1(прилож.). – С. 304–307.

62. Заболеваемость подростков и юношей допризывного возраста: медико-организационные и социальные аспекты / В. В. Долгих, Д. В. Кулеш, Л. Н. Лебедева и др. // Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. – 2013. – № 3(43). – С. 177-181

63. Заболеваемость юношей-подростков по результатам медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет / А. И. Бабенко, Е. Г. Шведов, С. М. Бекмурзов, Е. А. Бабенко // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – Т. 39. – № 4. – С. 162–171.

64. Заболеваемость юношей призывного возраста в Курганском районе Краснодарского края / В. А. Лопухова, И. В. Тарасенко, Н. В. Шестафина, Я. В. Елисеева // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2015. – Т. 13. – № 1. – С. 63–65.

65. Зайцев, А.А. Факторы риска развития инфекций дыхательных путей у Военнослужащих, проходящих военную службу по призыву / А. А. Зайцев, О. И. Клочков // Военно-медицинский журнал. – 2008. – № 5(329). – С. 61–62.

66. Запруднова, О.Г. Региональные особенности организации системы социально-гигиенического мониторинга / О. Г. Запруднова // Гигиена и санитария. – 2007. – № 1. – С. 74–76.

67. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин, В. А. Медик. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. – 2009. – 376 с.

68. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. О. П. Щепина, В. А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.

69. Здоровье призывников Иркутской области / С. Б. Белогоров, В. В. Долгих, Е. Л. Смирнов, и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 58–61.

70. Зиангиров, Р.А. Профилактика и методы коррекции хирургических заболеваний у мужчин - призывников в Республике Башкортостан: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Уфа, 2004. – 40 с.

71. Иванова, И. Н. Социально-тревожное расстройство у детей и подростков (этиологический, клинико-динамический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2005. – 24 с.

72. Ильин, А. Г. Задачи детской поликлиники по подготовке юношей-подростков к военной службе / А. Г. Ильин // Права ребенка. – 2011. – № 12. – С. 24–28.

73. Интегрированная оценка заболеваемости юношей-подростков как элемент определения потенциала годности к воинской службе / А. Л. Томчук, А. И. Бабенко, Е. Г. Шведов, И. О. Байкалов, М. С. Евсин // Бюллетень НацНИИ ОЗ им. Н.А. Семашко. – М., 2016. – Вып. 1. – Ч. 2. – С. 158–162.

74. Информационно-аналитическая модель оценки распространенности патологии среди юношей-подростков и лиц призывного возраста / Е. Г. Шведов, А. И. Бабенко, Ю. И. Бравве, Е. А. Бабенко // Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. – Новосибирск: Сибмедиздат, 2017. – С. 182–183.

75. Использование новых технологий в оценке психического состояния призывников в военно-врачебной экспертизе / В. В. Куликов, В. Н. Ядчук, А. А. Биркин и др. // Вопросы наркологии. – 2002. – № 2. – С. 68–70.

76. История становления подростковой медицины / Е. П. Тимофеева, Т. И. Рябиченко, Г. А. Скосырева, Т. В. Карцева // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2012. – Т. 10. – Вып. 4. – С. 181–188.

77. Казенных, В. В. Факторы, способствующие развитию пограничных нервно-психических расстройств у военнослужащих, проходящих службу в условиях восточной Сибири / В. В. Казенных // Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири. – Томск–Чита, 2007. – С. 93–96.

78. Катаева, И. В. Дефицит массы тела и патология органов пищеварения у юношей-подростков, подлежащих постановке на первичный воинский учет / И. В. Катаева, И. М. Шульга, С. М. Безроднова // Экология человека. – 2008. – № 3. – С. 14–17.

79. Квятковский, И. Е. Атлас здоровья населения / И. Е. Квятковский. – Астрахань, 2012. – 159 с.

80. Квятковский, И. Е. Современные технологии оздоровления детей в школьных образовательных учреждениях : Методическое пособие / И. Е. Квятковский, Г. Р. Сагитова. – Астрахань, 2010. – 82 с.

81. Ким, А. В. Научное обоснование современных подходов по формированию системы медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2012. – 43 с.

82. Классы болезней и нозологические группы заболеваний, ограничивающие годность призывников к военной службе / С. М. Бекмурзов, А. И. Бабенко, Е. Г. Шведов, Е. А. Бабенко // Проблемы общественного здоровья и совершенствование организации здравоохранения на современном этапе : Материалы 51-й научно-практической конференции с международным участием. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний». – 2016. – С. 19–23.

83. Ковалев, В. В. Некоторые общие закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков / В. В. Ковалев // Журн. невропатол. психиатр. – 1992. – № 10. – С. 1520–1525.

84. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

85. Комплексная оценка заболеваемости юношей-подростков в Новосибирской области / Ю. И. Бравве, А. И. Бабенко, Е. Г. Шведов, Е. А. Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24. – № 6. – С. 355–359.

86. Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. № 134-р. // Российская газета. Федеральный выпуск. № 5109 от 12 февраля 2010 г.

87. Коровин, Е. Н. Анализ и визуализация информации о состоянии здоровья призывников в Воронежском регионе / Е. Н. Коровин, О. В. Родионов, В. Н. Ушакова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2005. – Т. 4. – № 1. – С. 101–103.

88. Кочанов, М. Е. Клинико-динамическая характеристика состояния психического здоровья военнослужащих срочной службы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / М. Е. Кочанов. -Томск, 2009. -27 с.

89. Красильников, В. И. Здоровье призывного ресурса на этапах его формирования: монография / В. И. Красильников. – Казань, 2002. – 139 с.

90. Красильников, В. И. Оценка здоровья мужчин призывного возраста в Республике Татарстан / В. И. Красильников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 3. – С. 20–22.

91. Крылов, Д. Н. Психогигиена и ее роль в охране здоровья детей и подростков / Д. Н. Крылов // Вестник РАМН. – 1993. – № 5. – С. 28–33.

92. Кузнецова, О. А. Медико-социальные факторы риска у допризывников и призывников / О. А. Кузнецова // Вестник Волгоградского гос. мед. ун-та. – 2009. – Т. 30. – № 2. – С. 66–68.

93. Кузнецова, О. А. Эпидемиология заболеваемости среди допризывников и призывников / О. А. Кузнецова // Педиатрия. – 2009. – №7(61). – С. 56–59.

94. Кузьмин, С. А. Концепция модернизации системы медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе (на примере Оренбургской области) : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2011. – 42 с.

95. Кузьмин, С. А. Анализ состояния здоровья призывников, проживающих в сельской местности Оренбургской области / С. А. Кузьмин, С. В. Смирнов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т. 10. – № 1. – С. 80–83.

96. Куликов, В. В. Итоги и перспективы деятельности органов военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах РФ / В. В. Куликов // Военно-медицинский журнал. - 2001 – № 3 – С. 5–11.

97. Куликов, В. В. Медико-социальная характеристика допризывников и призывников (г. Новый Уренгой) / В. В. Куликов, О. С. Работкин, С. В. Назаренко // Военно-медицинский журнал.– 2007. – Т. 328. – № 5. – С. 61–62.

98. Куликов, В. В. Предболезненные пограничные состояния у подростков / В. В. Куликов, К. Э. Кувшинов, М. А. Лебедев и др. // Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330. – № 10. – С. 10–13.

99. Кучин, Н. Е. Медико-социальная оценка психического здоровья молодежи призывного возраста и совершенствование информационного обеспечения военно-врачебной экспертизы : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2014. – 25 с.

100. Кучма, В. Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. / В. Р. Кучма // Гигиена и санитария. – 2013. – № 6. – С. 26–30.

101. Кучма, В.Р. Тенденции роста и развития московских школьников старшего подросткового возраста на рубеже тысячелетий / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, Ю.А. Ямпольская // Гигиена и санитария. – 2009. – № 2. – С. 18–20.

102. Лёвина, К. С. Анализ заболеваемости лиц, подлежащих призыву на военную службу в Дергачевском районе Саратовской области / К. С. Лёвина // Бюллетень мед. интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 2. – С. 304.

103. Левина, Л. И. Проблемы здоровья призывной молодежи / Л. И. Левина, А. Б. Шаповалова, Л. В. Щеглова // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2009. – № 1. – С. 41–43.

104. Линченко, С. Н. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков и юношей допризывного и призывного возрастов в Краснодарском крае / С. Н. Линченко, Д. В. Пухняк, В. И. Хмелик // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – № 5(147). – С. 76–80.

105. Ломовцев, А. Э. Организация и ведение социально – гигиенического мониторинга на территории Тульской области / А. Э. Ломовцев, М. И. Безбородова, Ю. А. Крылова, О. Ю. Надежина // Актуальные проблемы и инновационные технологии в гигиене: материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции (1–5 октября 2012 год) / под общ. ред. акад. РАМН Г. Г. Онищенко, акад. РАМН Н. В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2012. – С. 205–209.

106. Лучкевич, В. С. Влияние медицинской и социальной реабилитации на качество жизни детей группы медико-социального риска / В. С. Лучкевич, И. Л. Самодова // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 1. – С. 60–63.

107. Лютницкая, О. В. Общественный контроль в сфере призыва на военную службу. Проблемы и перспективы / О. В. Лютницкая // Военно-юридический журн. – 2013. – № 1. – С. 2–7.

108. Мазаева, Н. А. Возрастные особенности непсихотических форм психогений, вызванных повседневными стрессами / Н. А. Мазаева, Т. М. Сиряченко, О. А. Суетина // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2004. – Т. 104. – Вып. 6. – С. 14–20.

109. Мальцев, В. С. Клиническая динамика личностных расстройств, вызванных семейной дезадаптацией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2005. – 25 с.

110. Малютина, М. А. Медико-социальное исследование здоровья школьников подросткового возраста и пути оптимизации медицинской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2013. – 22 с.

111. Марков, Р. А. Медико-социальные аспекты здоровья юношей допризывного и призывного возраста, меры по его улучшению (на примере Ставропольского края) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2018. – 25 с.

112. Маюнова, Т. Н. Социально-гигиеническая оценка реализации лечебно-оздоровительных технологий санаторно-курортными организациями (на примере санатория «Россия» курорта Белокуриха Алтайского края) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 2009. – 19 с.

113. Медико-социальные и организационные аспекты охраны здоровья подростков в современных условиях / Г. М. Гайдаров, В. В. Долгих, Д. В. Кулеш и др. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2007. – Т. 70. – № 3. – С. 5–9.

114. Медицинское обеспечение подготовки граждан к военной службе / В. Н. Ядчук, А. Н. Клепиков, О. Г. Работкин и др. // Военно-мед. журн. – 2003. – № 6. – С. 20–23.

115. Мелитицкая, А. В. Факторы риска артериальной гипертензии у детей и подростков / А. В. Мелитицкая, Л. В. Яковлева, А. В. Бурангулова // Казанский медицинский журнал. – 2007. – № 5. – С. 444–446.

116. Миневич, Н. А. Обследование юношей призывного возраста для определения годности к прохождению службы в армии / Н. А. Миневич // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 4(51). – С. 43–45.

117. Миронов, Н. Е. Психическое здоровье детей и подростков в Чувашской Республике : методическое пособие / Н. Е. Миронов. – Чебоксары, 2000. – 20 с.

118. Мураховский, А. Г. Социально-гигиеническая оценка востребованности медицинских технологий при амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи взрослому населению (на примере территориальной поликлиники № 2 и больницы скорой медицинской помощи № 2 г. Омска) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Г. Мураховский. – Новокузнецк, 2013. – 27 с.

119. Нагаева, Т. А. Состояние здоровья и структура патологии у подростков допризывного возраста / Т. А. Нагаева, А. А. Ильиных // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5(1). – С. 402.

120. Никифоров, Д. Б. Распространенность патологических поражений и патологических процессов, приводящих к летальному исходу, у взрослого населения (по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. Б. Никифоров. – Красноярск, 2017. – 24 с.

121. Никонов, Б. И. Роль системы социально-гигиенического мониторинга в сохранении и укреплении здоровья населения (на примере Свердловской области) / Б. И. Никонов, С. В. Кузьмин, О. Л. Малых // Гигиена и санитария. – 2007. – № 3. – С. 73–76.

122. Новые методологические аспекты организации военно-врачебной экспертизы / В. В. Куликов, А. П. Кабалин, В. Н. Ядчук, А. Я. Пантелеев. // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 7. – С. 4–8.

123. Нураденов, Х. П. Лечебно-профилактические мероприятия среди старшеклассников, страдающих заболеваниями органов пищеварения / Х. П. Нураденов, Г. Р. Сагитова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 472–477.

124. О результатах призыва граждан на военную службу в 1996–2006 гг. Отчеты военного комиссариата Томской области 1996–2007 гг.

125. Об усилении надзора за напитками, содержащими тонизирующие компоненты. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 19.01.2005 г. [Электронный ресурс] URL: http://www.businesspravo.ru/Docum/DocumShow_DocumID_97884.html (Дата обращения 24.02.2012).

126. Организационно-методологические аспекты освидетельствования призывников / А. А. Седнев, С. М. Сытенко, Е. Б. Гайворонская, В. И. Яремко // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – Т. 11. – № 1. – С. 171–176.

127. Орехова, Н. Н. Роль организационных технологий в оказании медицинской помощи больным с последствиями черепно-мозговой травмы : автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Москва, 2008. – 49 с.

128. Основные направления развития социально-гигиенического мониторинга в Оренбургской области / Н. Е. Вяльцина, Т. М. Макаров, Е. Г. Плотникова и др. // Актуальные проблемы и инновационные технологии в гигиене: материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции (1–5 октября 2012 г.) / под общ. ред. акад. РАМН Г. Г. Онищенко, акад. РАМН Н. В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2012. – С. 230–233.

129. Основные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков, проживающих на территории Архангельской области, в критические возрастные периоды / Л. И. Меньшикова, О. А. Игнатова, И. М. Пастбина и др. // Вестник Уральской Медицинской Академической Науки. – 2014. – № 2. – С. 81–83.

130. Особенности заболеваемости и физического развития подростков 15–17 лет с различными темпами полового созревания / Е. А. Воробьева, О. Ю. Кочерова, Л. А. Пыхтина и др. // Вестник Новых Медицинских Технологий. – 2007. – Т. XIV. – № 2. – С. 54–56.

131. Особенности заболеваемости московских школьников за последние 50 лет / Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт, Л. Ф. Бережков и др. // Гигиена и санитария. – 2009. – № 2. – С. 21–26.

132. Особенности формирования здоровья подростков: основные тенденции, факторы риска, профилактика / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт и др. // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5(1). – С. 319–320.

133. Палатов, С. Ю. Психические расстройства у призывников и солдат : клинико-эпидемиологические исследования / С. Ю. Палатов // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1999. – Т. 99. – Вып. 8 – С. 16–20.

134. Палкин, В. В. Совершенствование нормативно-правовой базы по медицинскому обеспечению подростков в период их подготовки к военной службе / В. В. Палкин // Медицинское право. – 2006. – № 4. – С. 32–35.

135. Панкратова, О. С. Состояние здоровья школьников и выбор профессии / О. С. Панкратова, Л. И. Щербакова // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5(1). – С. 445–446.

136. Петров, М. В. Медицинское освидетельствование юношей 15–16-летнего возраста при первоначальной постановке на воинский учет /

М. В. Петров, А. В. Завалин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 5. – С. 22–24.

137. Петров, С. И. Комплектование армии и подготовка молодежи к военной службе // Социально-гуманитарные знания. – 2003. – № 6. – С. 292–303.

138. Петрова, Н. Г. Анализ мнений врачей-экспертов об организации военно-врачебной экспертизы / Н. Г. Петрова, М. В. Петров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 44–46 .

139. Петрова, Н. Г. О проблеме улучшения здоровья призывников / Н. Г. Петрова, М. В. Петров, А. В. Блинов // Военно-медицинский журнал. – 2010. – № 5(331). – С. 40–42.

140. Погорелова, Т.В. Умственная отсталость у подростков допризывного и призывного возраста: эпидемиологический, клинко-социальный и реабилитационный аспекты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук/Т.В. Погорелова. -Томск, 2009. -27 с.

141. Показатели состояния здоровья населения Москвы, характеризующие эффективность социально- гигиенического мониторинга / А. В. Иваненко, И. Ф. Волкова, А. П. Корниенко, Е. В. Судакова // Гигиена и санитария. – 2006. – № 5. – С. 89–92.

142. Положение о Военно-врачебной экспертизе : Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. № 123. – М., 2003.

143. Полунина, Н. В. Образ жизни и заболеваемость юношей-подростков призывного возраста / Н. В. Полунина, А. В. Юмукян // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 3–6.

144. Полунина, Н. В. Медико-социальный портрет подростка, имеющего нарушения здоровья / Н. В. Полунина, А. В. Юмукян // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 6. – С. 35–38.

145. Понич, Е. С. Формирование репродуктивного потенциала населения Ханты-Мансийского АО – Югра и снижение его потерь от инфекций, передающихся половым путем : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 2010. – 23 с.

146. Потапов, А. И. Здоровье населения и проблемы гигиенической безопасности / А. И. Потапов, И. Л. Винокур, Р. С. Гильденскиольд. – М.: «Инфра-М», 2006. – 304 с.

147. Прохоров, Н. И. Медико-социальная, демографическая и гигиеническая характеристика состояния здоровья подростков, допризывников и призывников / Н. И. Прохоров, В. В. Палкин // Гигиена и санитария. – 2005. – № 4. – С. 43–45.

148. Психические расстройства у призывников и военнослужащих, проходящих военную службу по призыву / В. В. Куликов, В. Н. Ядчук, Г. Б. Столяров и др. // Военно-медицинский журнал. – 2006. – Т. 327. – № 6. – С. 12.

149. Психическое здоровье лиц призывного возраста / В. В. Куликов, С. Н. Русанов, В. Д. Токарев и др. // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 328. – № 2. – С. 8–12.

150. Работкин, О. С. Влияние факторов риска на здоровье допризывной молодежи / О. С. Работкин, Л. Г. Савельева // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329. – № 3. – С. 97–98.

151. Работкин, О. С. Оптимизация диагностики пограничных психических расстройств у юношей допризывного и призывного возраста / О. С. Работкин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 34–36.

152. Рапопорт, И. К. Состояние здоровья школьников и проблемы оказания первичной медико-санитарной помощи в образовательных организациях / И. К. Рапопорт, С. Б. Соколова, А. Ю. Макарова // Научные

ведомости. Серия: Медицина. Фармация. – 2014. – № 24(195). – Вып. 28/1. – С. 89–94.

153. Распространенность заболеваний среди лиц, призываемых на военную службу / Е. И. Шведов, Ю. И. Бравве, А. И. Бабенко, Е. А. Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24. – № 5. – С. 276–281.

154. Рахманов, Р.С. О мерах по совершенствованию медицинской помощи подросткам / Р. С. Рахманов, К. Р. Генрих // Гигиена и санитария. – 1999. – № 1. – С. 71–73.

155. Рахманов, Р. С. Оценка физического развития подростков призывного возраста и военнослужащих / Р. С. Рахманов, А. В. Колчин, Д. К. Божатков // Гигиена и санитария. – 2006. – № 3. – С. 54–56.

156. Результаты социально-гигиенического мониторинга в Казани / А. В. Иванов, А. А. Имамов, А. А. Титова и др. // Гигиена и санитария. – 2005. – № 5. – С. 70–72.

157. Рязнкина, М. Ф. Совершенствование медико-социальной помощи детям подросткового возраста крупного индустриального центра : дис. ...докт. мед. наук. – Хабаровск, 2005.

158. Рищук, С. В. Ухудшение состояния здоровья молодого населения России – опасная тенденция, основные причины и пути выхода из кризиса / С. В. Рищук, В. Е. Мирский // национальная безопасность и стратегическое планирование. – 2013. – Вып. 4. – С. 100–112.

159. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2 томах. Т. 1 [Текст] / Ю. П. Лисицын, Е. Н. Шиган, И. С. Случанко и др.; под ред. Ю. П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987. – С. 208. (432 с.)

160. Русанов, С. Н. Динамика структуры психических расстройств у лиц призывного возраста / С. Н. Русанов // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 6. – С. 29–32.

161. Рязанова, Е. А. Методические подходы к оценке влияния социально-экономических факторов на здоровье населения территории в системе социально-гигиенического мониторинга / Е. А. Рязанова, Н. А. Лебедева-Несевря // Актуальные проблемы и инновационные технологии в гигиене: материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции (15 октября 2012 г.) / под общ. ред. акад. РАМН Г. Г. Онищенко, акад. РАМН Н. В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2012. – С. 245 – 249.

162. Сабгайда, Т. П. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период / Т. П. Сабгайда, О. Б. Окунев // Социальные аспекты здоровья населения : электронный журнал. - 2012. – № 1 (23). <http://vestnik.mednet.ru>

163. Сагитова, Г. Р. Медико-социальный портрет несовершеннолетнего пациента в современных условиях / Г. Р. Сагитова, Х. П. Нураденов, Ф. И. Елисеев // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2. – С. 156–158.

164. Садыков, Ф. А. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и эффективность оздоровительных мероприятий по улучшению состояния здоровья юношей призывного возраста Республики Башкортостан / Ф. А. Садыков, Р. Н. Кильдебекова, Л. Р. Мингазова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 2. – № 6. – С. 385–389.

165. «Саморазрушающее» поведение подростков – угроза здоровью нации и обороноспособности страны / Е. А. Тишук, Н. А. Дворянчиков, А. В. Ядчук и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 6. – С. 13–15.

166. Сафаров, Р. Э. Состояние сердечно-сосудистой системы у лиц призывного возраста с артериальной гипертензией в Республике

Башкортостан / Р. Э. Сафаров, Р. Ш. Сафарова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6. – № 3. – С. 38–40.

167. Сафонцева, С. В. Молодежные субкультуры / С. В. Сафонцева // Независимость личности. – 2011. – № 2. – С. 3–13.

168. Сахарова, И. Н. Здоровье призывников из разных регионов России / И. Н. Сахарова, Л. В. Ефремова // Известия ПГПУ. Естественные науки. – 2007. – № 5(9). – С. 39–44

169. Смирнов, В. В. На краю демографической ямы // Военные знания. – 2005. – № 6. – С. 36–40.

170. Смирнов, С. В. Здоровье и физическая подготовленность призывников, проживающих в сельской местности (на примере Оренбургской области) / С. В. Смирнов, С. А. Кузьмин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 14–16.

171. Смирнов, С. В. Медико-социальная характеристика сельских призывников и пути совершенствования системы подготовки к военной службе (на примере Оренбургской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Смирнов. – Оренбург, 2015. – 22 с.

172. Современные методологические подходы к определению категории годности военнослужащих к военной службе / В. В. Куликов, В. Н. Ядчук, В. В. Квасовка и др. // Военно-медицинский журнал. – 2005. – Т. 326. – № 10. – С. 61–63.

173. Современные подходы к оценке медико-демографических потерь среди населения подросткового возраста / И. П. Артюхов, А. В. Шульмин, В. В. Козлов, Е. А. Приходько // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 4 (70). – С. 89–94.

174. Согияйнен, А. А. Оптимизация медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Согияйнен. – Москва, 2012. – 24 с.

175. Согияйнен, А. А. Состояние здоровья военнослужащих по призыву как показатель эффективности профилактических мероприятий во время подготовки граждан к военной службе / А. А. Согияйнен // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 256–264.

176. Соколова Н. В. Анализ состояния здоровья и уровня физической подготовленности подростков допризывного возраста / Н. В. Соколова // Военно-медицинский журнал. – 2005. – Т. 326. – № 1 – С. 54.

177. Соленова, Л. Г. Индикаторы здоровья для решения некоторых проблем экологии человека и гигиены окружающей среды / Л. Г. Соленова, Г. М. Земляная, Т. П. Федичкина, Ю. А. Ревазова // Гигиена и санитария. – 2004. – № 6. – С. 11–13.

178. Состояние здоровья и образ жизни юношей допризывного и призывного возраста / С. Г. Ахмерова, А. Г. Муталов, Р. Я. Нагаев и др. // Рос. педиатр. журнал. – 2010. – № 1. – С. 47–49.

179. Состояние здоровья подростков-допризывников Центрального округа г. Хабаровска / И. В. Ткаченко, С. М. Колесникова, В. В. Онихимовская, Л. Н. Канцибер // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2010. – № 1. – С. 40–46.

180. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России / В. М. Волошин, Б. А. Казаковцев, Ю. С. Шевченко и др. // Соц. и клин. психиатрия. – 2002. – Т. 12. – Вып. 2. – С. 5–9.

181. Состояние и проблемы здоровья подростков в России / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. Ю. Альбицкий и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 10–14.

182. Стародубов, В. И. Как анализировать системы здравоохранения и формировать стратегии / В. И. Стародубов,

Г. Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 1 (3). – С. 33–52.

183. Стенографический отчёт о заседании президиума Государственного совета по вопросам совершенствования системы допризывной подготовки молодёжи. – Рязань, 22 апреля 2009 г. [Электронный ресурс] URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts/deliberations/3826>. (Дата обращения 22.04.1014)

184. Стратегия «Здоровье и развитие подростков в России (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков)» / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. С. Намазова-Баранова и др. – Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: ПедиатрЪ, 2014. – 111 с.

185. Структура психических расстройств у лиц призывного контингента в Забайкальском Крае / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров, И. В. Кичигина, А. М. Балданов // Забайкальский медицинский вестник. – 2010. – № 2. – С. 23–27.

186. Структура терапевтической патологии у подростков допризывного и призывного возраста в Республике Башкортостан / Ф. А. Садыков, А. Н. Кривошеева, Р. Р. Мурзин и др. // Медицинский вестник Башкортостана. – 2008. – Т. 3. – № 1. – С. 14–17.

187. Сухарева, Л. М. Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с первого по девятый класс / Л. М. Сухарева, Л. С. Намазова-Баранова, И. К. Рапопорт // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 48–53.

188. Тарасова, Т. Н. Совершенствование медицинской помощи лицам призывного возраста / Т. Н. Тарасова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 3. – С. 35–36.

189. Татанова, Д. В. Анализ результатов углубленных профилактических осмотров 14-летних подростков / Д. В. Татанова, М. Ф. Рзянкина, Г. А. Аристова // Дальневост. мед. журн. – 2013. – № 2. – С. 52–55.

190. Татанова, Д. В. Диагностика проблем в части сохранения здоровья юношей допризывного возраста / Д. В. Татанова, М. Ф. Рзянкина // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2012. – № 3. – С. 8.

191. Татанова, Д. В. Динамика показателей, характеризующих состояние здоровья юношей 15–17 лет г. Хабаровска / Д. В. Татанова, М. Ф. Рзянкина // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 41–44.

192. Татанова, Д. В. Совершенствование медицинской помощи при подготовке юношей к военной службе / Д. В. Татанова, М. Ф. Рзянкина [электронный ресурс] // Современные проблемы и пути их решения в науке, транспорте, производстве и образовании'2011 : Сборник научных трудов Sworld по материалам международной научно-практической конференции 2011 года. URL: <http://www.sworld.com.ua>

193. Терзиева, Е. Д. Медико-демографические показатели здоровья подростков / Е. Д. Терзиева // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5(1). – С. 573.

194. Томчук, А. Л. Стратегическое планирование диагностической помощи на основе распространенности патологии среди населения : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2014. – 51 с.

195. Тумалаева, О. М. О взаимосвязи «маркерных» заболеваний и антропометрических показателей юношей призывного возраста по экологическим зонам Республики Дагестан / О. М. Тумалаева, М. Г. Магомедов // Юг России: экология, развитие. – 2011. – № 1. – С. 164–177.

196. Тхазапlicheва, М. Т. Сравнительная характеристика распространенности и интенсивности кариеза и его осложнений у юношей призывного возраста городского и сельского поселений / М. Т. Тхазапlicheва, Л. Ю. Карданец, А. О. Балкаров // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1. – С. 1391–1397.

197. Улумбекова, Г. Э. Анализ демографии и показателей здоровья населения РФ в динамике с 1990 г. в сравнении с зарубежными странами и некоторые прогнозы до 2010 г. / Г. Э. Улумбекова // Репрод. здор. детей и подрост. – 2010. – № 2. – С. 32–41.

198. Федорова, Г. В. Изучение здоровья детей и юношей Ханты-Мансийского Автономного Округа по данным выкопировки из медицинской документации / Г. В. Федорова, Т. К. Климшина // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 4. – С. 48–51.

199. Хидиятуллина, Р. К. Современные тенденции в состоянии здоровья юношей допризывного возраста Республики Башкортостан / Р. К. Хидиятуллина, В. А. Малиевский // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т. 9. – № 3. – С. 13–20.

200. Хидиятуллина, Р. К. Организация медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе в Республике Башкортостан / Р. К. Хидиятуллина, В. А. Малиевский // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 5. – С. 50–52.

201. Хмелик, В. И. Состояние здоровья допризывников и призывников Краснодарского края и мероприятия по его укреплению : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. И. Хмелик. – Москва, 2014. – 26 с.

202. Царегородцева, Л. В. Артериальная гипертония у детей и подростков / Л. В. Царегородцева // Качество жизни. – М.: Медицина, 2005. – С. 43–47.

203. Цунина, Н. М. О результатах ведения социально-гигиенического мониторинга в Самарской области / Н. М. Цунина,

В. Н. Галимова, Д. А. Молодкина // Актуальные проблемы и инновационные технологии в гигиене : материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции (1–5 октября 2012 год) / под общ. ред. акад. РАМН Г. Г. Онищенко, акад. РАМН Н. В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2012. – С. 226–230.

204. Чернышева, Н. В. Региональные особенности заболеваемости и смертности подростков / Н. В. Чернышева, М. Ф. Рзянкина // Дальневост. мед. журнал. – 2010. – № 2. – С. 59–60.

205. Черняк, Н. Б. Типы течения расстройств личности с первичной диагностикой в призывном возрасте (данные 10-летнего катамнеза) / Н. Б. Черняк // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 66–68.

206. Чиж, И. М. Итоги работы медицинской службы Вооруженных Сил в 1998 году и основные направления ее совершенствования / И. М. Чиж // Военно-мед. журн. – 1999. – № 7. – С. 4–19.

207. Чичерин, Л. П. Состояние здоровья подростков как индикатор эффективности системы медицинского обеспечения призыва на военную службу / Л. П. Чичерин, А. А. Согияйнен // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 58–60.

208. Чичерин, Л. П. Состояние здоровья подростков как призывного ресурса / Л. П. Чичерин, В. О. Щепин, А. А. Согияйнен // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 3. – С. 20–24.

209. Шиган, Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях [Текст] / Е.Н. Шиган. – М.: Медицина, 1986. – 208с.

210. Шигапов, Б. Г. О состоянии здоровья подростков-допризывников / Б. Г. Шигапов // Военно-медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 79–80.

211. Шипова, В. М. Медицинское обеспечение юношей при подготовке к службе в армии / В. М. Шипова, Т. Ф. Коровяк. – М.: ГРАНТЬ, 2002. – 104 с.

212. Шипова, В. М. Медицинское обеспечение юношей призывного и допризывного возраста В. М. Шипова, Т. Ф. Коровяк // Здоровоохранение. – 2001. – № 1. – С. 17–25.

213. Щепин, В. О. К вопросу о перспективных направлениях развития здравоохранения Российской Федерации / В. О. Щепин, Т. И. Расторгуева, Т. Н. Проклова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 1. – С. 147–152.

214. Щепин, О. П. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О. П. Щепин, В. А. Медик, В. И. Стародубов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 3–6.

215. Щербак, В. А. Лечебно-профилактическая помощь детям с болезнями органов пищеварения в Забайкальском крае / В. А. Щербак // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 9. – С. 95–99.

216. Электронный паспорт призывника / Р. И. Айзман, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман, В. Б. Рубанович, Е. Г. Шведов. – Свидетельство о гос. регистрации программы для ЭВМ № 2015617024 от 26 июня 2015 г.

217. Юмукян, А. В. Социально-гигиеническое исследование состояния здоровья, образа жизни и организации лечебно-оздоровительной работы среди юношей-подростков : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Юмукян. – Москва, 2013. – 24 с.

218. Ядчук, В. Н. Концепция организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе

и пути ее реализации : автореф. дис. ... докт. мед. наук / В. Н. Ядчук. – М., 2004. – 48 с.

219. Ядчук, В. Н. Современные аспекты управления качеством медицинского обеспечения юношей допризывного и призывного возраста / В. Н. Ядчук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 36–38.

220. Ядчук, В. Н. Концепция управления качеством и медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе / В. Н. Ядчук / Под ред. член-корр. РАМН проф. В. О. Щепина, проф. В. В. Куликова. – М., 2004. – 192 с.

221. Allen, P. F. A Modified Short Version of the Oral Health Impact Profile for Assessing Health-Related Quality of life in Edentulous Adults / P. F. Allen, D. Locker // J. Prosthodont. – 2002. – № 15. – P. 446–450.

222. Ambulatory visits among members of active components U. S. Armed Forces, 2006 // Medical Surveillance Monthly Report. – 2007. – V. 14. – № 1. – P. 12–17.

223. Clinical guidelines on the classification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults // National Institutes of Health, USA. – 1998. – S. 51-209.

224. Department of Defense Active Duty Military Personnel by Rank / Grade (Women Only) [Электронный ресурс] // Defense Manpower Data Center. – 2012. – Режим доступа: URL:<http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/MILITARY/rgl209f.pdf>

225. Deployment-related conditions of special surveillance interest, U.S. Armed Forces, by month and service, January 2003-June 2013 (data as of 18 July 2013) // Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center. – 2013. – V. 20. – № 7. – P. 27.

226. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement / E. O'Brien, R. Asmar, L. Beilin, et al. // *J. Hypertens.* – 2003. – № 21. – P. 821–848.

227. Fiscal Year 2012 Performance Highlights [Электронный ресурс] // The Official Web Site of the US Coast Guard. – 2012. – Режим доступа: URL: <http://www.uscg.mil/top/about/>

228. Gunderson, E. K. The epidemiology of personality disorders in the U. S. Navy / E. K. Gunderson, L. L. Hourani // *Mil. Med.* – 2003. V. 168. – № 7. – P. 575–582.

229. Hospitalizations among members of active components U. S. Armed Forces 2006 // *Medical Surveillance Monthly Report.* –2007. – V. 14. – № 1. – P. 6–11.

230. Hourani, L. L. The mental health status of women in the Navy and Marine Corps : Preliminary findings from the perceptions of wellness and readiness assessment / L. L. Hourani, H. Yuan // *Mil. Med.* – 1999. –V. 164. – № 3. – P. 174–181.

231. Ide, R. The Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP) – validation among young and middle-aged adults / R. Ide, R. Yamamoto, T. Mizoue // *Community Dental Health.* – 2006. – № 23. – P. 158–163.

232. IL1-ra improves health-related quality of life as measured by the health assessment questionnaire / S. B. Cohen, J. M. Woolley, W. W. Callas, et al. // *Arthritis and Rheumatism Suppl.* – 2000. – V. 9. – P. 744.

233. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children / K. S. Fakhruddin, H. P. Lawrence, D. J. Kenny, D. Losker // *Dent. Traumatol.* – 2008. – V. 24. – № 3. – P. 309–313.

234. Links, P. S. The prevalence of notional disorder in children / P. S. Links, M. N. Boyle, D. R. Offord // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1989. – V. 177. – P. 85–91.

235. Management of mental illness by the British Army / L. A. Neal, M. Kiernan, D. Hill, et al. // *Br. J. Psychiatr.* – 2003. – V. 182. – № 4. – P. 337–341.
236. Mancuso, J. D. Tuberculosis Trends in the U.S. Armed Forces, Active Component, 1998–2012 / J. D. Mancuso, C. L. Aaron // *Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center.* – 2013. – V. 20. – № 5. – P. 4–8.
237. Marcelli, D. Psychopathology de l'adolescent / D. Marcelli, A. Braconnier. – Paris: Masson, 1998. – 487 p.
238. Mental disorders among US military personnel in the 1990's: association with high levels of health care utilization and early military attrition / C. W. Hoge, S. E. Lesikar, R. Guevara, et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – V. 159. – P. 1576–1583.
239. Millennium Cohort Study Team The physical and mental health of a large military cohort: baseline functional health status of the Millennium Cohort / T. C. Smith, M. Zamorski, B. Smith, et al. // *BMC Public Health.* – 2007. – Vol. 26. – P. 340.
240. Nephron number in patients with primary hypertension / G. Keller, G. Zimmer, G. Mall, et al. // *N. Engl. J. Med. D.* – 2003. – № 2. – P. 101–108.
241. Ortega, H. J. Challenges in Monitoring and Maintaining the Health of Pilots Engaged in Telewarfare / H. J. Ortega // *Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center.* – 2013. – V. 20. – № 3. – P. 2.
242. Prohorov, N. I. Medical and social, the demographic and hygienic characteristic of a state of health of teenagers, youth of premilitary age both recruits / N. I. Prohorov, V. V. Pankin // *Hygiene and a sanitation.* – 2005. – № 4. – P. 43–46.

243. Puskar, K. R. Difficulties with teens can nursing consultation help / K. R. Puskar, K. Wargoe // *J. Child. Adolesc. Psychiatr. Health Nurs.* – 1992. – V. 5. – № 3. – P. 34–41.

244. Respect-Mil: feasibility of a systems-level collaborative care approach to depression and post-traumatic stress disorder in military primary care / C. C. Engel, T. Oxman, C. Yamamoto, et al. // *Military Medicine.* – 2008. – № 10. – P. 935–940.

245. Rosenstiel, N.-A. Psychische Belastungen und mögliche Folgen // *Wehrmedizin und Wehrpharmazie.* – 2010. – № 1. – P. 75.

246. Samaan, R. A. The influences of race, ethnicity, and poverty on the mental health of children / R. A. Samaan // *J. Health Care Poor Underserved.* – 2000. – V. 11. – № 1. – P. 100–110.

247. State of health of the citizens who are subject to an appeal on military service, and measures on improvement of acquisition of armed forces of the Russian Federation / V. V. Kulikov, V. N. Jadchuk, A. A. Tarasov, et al. // *Military-medical magazine.* – 1998. – № 8. – P. 18–20.

248. Substance Use and Mental Health Trends Among U. S. Military Active Duty Personnel : Key Findings From the 2008 DoD Health Behavior Survey / R. M. Bray, M. R. Pemberton, M. E. Lane, et al. // *Military Medicine.* – 2010. – V. 175. – № 6. – P. 390–399.

249. The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. – WHO, 2005. – 144 p.

250. The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents -a case-control study in southern Brazil / M. L. Ramos-Jorge, V. L. Bosco, M. A. Peres, A. C. Nunes // *Dent. Traumatol.* – 2007. – V. 23. – № 2. – P. 114–119.

251. The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary Report / L. A. NogueiraMartins, N. R. Fagnani,

P. C. Macedo et al. // *Braz. J. Med. Biol. Res.* 2004. V. 37. – № 10. – P. 1519–1524.

252. Total Military Personnel and Dependent End Strength by Service, Regional Area, and Country as of: September 30, 2012 [Электронный ресурс] // Defense Manpower Data Center. – 2012. Режим доступа: URL: siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/MILITARY/miltop.htm.

253. Vishneva H. Morbidity of Teenagers: Structure and Dynamics of Ivanovo Region (Russia) / H. Vishneva, L. S. Namazova // *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* – 2008. – V. 97. – Suppl. 459.

254. Weller, T. D. Children's interview for psychiatric syndromes / T. D. Weller, R. A. Weller, M. A. Fristad // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2000. – V. 39. – P. 76–84.

255. Wittchen, H. U. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies / H. U. Wittchen, F. Jacobi // *European Neuropsychopharmacology.* – 2005. – V. 15. – № 4. – P. 357–376.

Приложение 1 – Статьи расписания болезней

Инфекционные и паразитарные болезни	
1	Кишечные инфекции, бактериальные зоонозы, другие бактериальные болезни, вирусные болезни, сопровождающиеся высыпаниями, вирусные и другие болезни, передаваемые членистоногими (кроме инфекций центральной нервной системы), другие болезни, вызываемые вирусами и хламидиями, риккетсиозы, другие инфекционные и паразитарные болезни:
2	Туберкулез органов дыхания
3	Туберкулез других органов и систем
4	Лепра
5	Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека
6	Сифилис и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
7	Микозы
Новообразования	
8	Злокачественные новообразования (кроме опухолей лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей)
9	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей
10	Доброкачественные новообразования (кроме опухолей головного, спинного мозга), новообразования in situ
Болезни крови и кроветворных органов	
11	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
Эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ	
12	Эутиреоидный зоб
13	Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
Психические расстройства	
14	Органические психические расстройства
15	Эндогенные психозы
16	Симптоматические и другие психические расстройства экзогенной этиологии
17	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
18	Расстройства личности
19	Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ
20	Умственная отсталость
Болезни нервной системы	
21	Эпилепсия и эпилептические приступы
22	Воспалительные, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы и их последствия

23	Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему, экстрапирамидные, другие дегенеративные болезни нервной системы, болезни нервно-мышечного синапса и мышц, детский церебральный паралич, врожденные аномалии (пороки развития) нервной системы, опухоли головного, спинного мозга
24	Сосудистые заболевания головного и спинного мозга
25	Травмы головного и спинного мозга и их последствия. Последствия поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов
26	Болезни периферической нервной системы
27	Травмы периферических нервов и их последствия
28	Временные функциональные расстройства центральной или периферической нервной системы после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения
Болезни глаза и придаточного аппарата	
29	Болезни, исходы травм и ожогов век, конъюнктивы, слезных путей, глазницы
30	Болезни, исходы травм и ожогов склеры, роговицы, радужки, цилиарного тела, хрусталика, стекловидного тела, хороидеи, сетчатки, зрительного нерва
31	Отслойка сетчатки
32	Глаукома
33	Болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз
34	Нарушения рефракции и аккомодации
35	Слепота, пониженное зрение, аномалии цветового зрения
36	Временные функциональные расстройства органа зрения после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения
Болезни уха и сосцевидного отростка	
37	Болезни наружного уха (в том числе врожденные)
38	Болезни среднего уха и сосцевидного отростка
39	Нарушения вестибулярной функции
40	Глухота, глухонмота, понижение слуха
41	Временные функциональные расстройства после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы уха и сосцевидного отростка или хирургического лечения
Болезни системы кровообращения	
42	Ревматизм, другие ревматические и неревматические болезни сердца (в том числе врожденные)
43	Гипертоническая болезнь
44	Ишемическая болезнь сердца
45	Болезни, врожденные аномалии развития и последствия повреждений аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов
46	Геморрой
47	Нейроциркуляторная астения
48	Временные функциональные расстройства системы кровообращения после перенесенного острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения

Болезни органов дыхания	
49	Болезни полости носа, околоносовых пазух, глотки
50	Болезни и повреждения гортани, шейного отдела трахеи
51	Другие болезни органов дыхания (в том числе врожденные)
52	Бронхиальная астма
53	Временные функциональные расстройства органов дыхания после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения
Болезни органов пищеварения	
54	Нарушение развития и прорезывания зубов
55	Болезни твердых тканей зубов, пульпы и периапикальных тканей, десен и пародонта, слюнных желез, мягких тканей полости рта, языка (в том числе врожденные)
56	Челюстно-лицевые аномалии, дефекты, деформации, последствия увечий, другие болезни и изменения зубов и их опорного аппарата, болезни челюстей
57	Болезни пищевода, кишечника (кроме двенадцатиперстной кишки) и брюшины (в том числе врожденные)
58	Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки
59	Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы
60	Грыжи
61	Временные функциональные расстройства органов пищеварения после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургического лечения
Болезни кожи и подкожной клетчатки	
62	Болезни кожи и подкожной клетчатки
63	Временные функциональные расстройства после острого заболевания, обострения хронического заболевания кожи и подкожной клетчатки
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	
64	Артриты и артропатии инфекционного, воспалительного и аутоиммунного происхождения, системные заболевания соединительной ткани
65	Хирургические болезни и поражения костей, крупных суставов, хрящей
66	Болезни позвоночника и их последствия
67	Отсутствие, деформации, дефекты кисти и пальцев
68	Плоскостопие и другие деформации стопы
69	Приобретенные и врожденные деформации конечностей, вызывающие нарушение функции и (или) затрудняющие ношение военной формы одежды, обуви или снаряжения
70	Отсутствие конечности
Болезни мочеполовой системы	
71	Хронические заболевания почек

72	Нарушение уродинамики верхних мочевых путей (гидронефроз), пиелонефрит (вторичный), мочекаменная болезнь, другие болезни почек и мочеточников, цистит, другие заболевания мочевого пузыря, невенерический уретрит, стриктуры уретры, другие болезни уретры
73	Болезни мужских половых органов (в том числе врожденные)
74	Хронические воспалительные болезни женских половых органов
75	Эндометриоз
76	Генитальный пролапс, недержание мочи, свищи, другие невоспалительные болезни женских половых органов (в том числе врожденные)
77	Расстройства овариально-менструальной функции
78	Временные функциональные расстройства мочеполовой системы после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургического лечения
Беременность, роды и послеродовой период	
79	Беременность, послеродовой период и их осложнения
Травмы, отравления и другие последствия	
80	Посттравматические и послеоперационные дефекты костей черепа
81	Последствия переломов позвоночника, костей туловища, верхних и нижних конечностей (переломов костей таза, лопатки, ключицы, грудины, ребер, плечевой, лучевой и локтевой костей, шейки бедра и бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, надколенника и других костей):
82	Травмы внутренних органов грудной полости, брюшной полости и таза (травматические пневмо- и гемоторакс, травма сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, печени, селезенки, почек, тазовых органов, других органов брюшной полости, множественная тяжелая травма), последствия операций по поводу заболеваний указанных органов
83	Последствия травм кожи и подкожной клетчатки
84	Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами, токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения; воздействие внешних причин (радиации, низких, высоких температур и света, повышенного давления воздуха или воды и других внешних причин)
85	Временные функциональные расстройства костно-мышечной системы, соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки после лечения болезней, ранений, травм, отравлений и других воздействий внешних факторов
86	Недостаточное физическое развитие
Другие болезни	
87	Энурез
88	Нарушения речи

Приложение 2 – «Паспорт призывника»

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО
о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2015617024

«Электронный паспорт призывника»

Правообладатель: *федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный педагогический университет» (RU)*

Авторы: *Айзман Роман Иделевич (RU), Лебедев Алексей Владимирович (RU), Айзман Нина Игоревна (RU), Рубанович Виктор Борисович (RU), Шведов Евгений Геннадьевич (RU)*

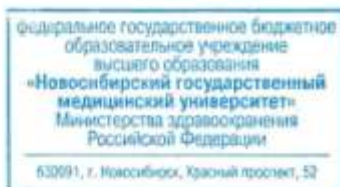
Заявка № **2015613909**
Дата поступления **13 мая 2015 г.**
Дата государственной регистрации
в Реестре программ для ЭВМ **26 июня 2015 г.**



*Врио руководителя Федеральной службы
по интеллектуальной собственности*

 **Л.Л. Кирий**

Приложение 3




АКТ



внедрения в учебно-педагогический процесс Новосибирского государственного медицинского университета результатов диссертации Шведова Евгения Геннадьевича «Оценка состояния здоровья лиц допризывного и призывного возраста»

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя – заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, профессора, д.м.н., Калиниченко Александра Викторовича и членов - профессора, д.м.н., Борцова Виктора Анатольевича, доцента, к.м.н. Летягиной Валентины Владимировны удостоверяем, что материалы диссертации Е.Г. Шведова, отражающие распространенность патологии среди подростков, а также методика социально-гигиенического познания проблем формирования обороноспособного потенциала используются на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Новосибирского государственного медицинского университета при чтении лекций и проведении практических занятий.


Председатель:

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения профессор, д.м.н., Калиниченко А.В. 

Члены комиссии:

- 1) профессор, д.м.н., Борцов В. А. 
- 2) доцент, к.м.н., Летягина В.В. 

Подписи Калиниченко, Борцова, Летягиной

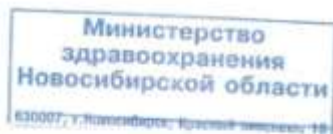
Начальник Отдела кадров 

заверяю

(подпись, расшифровка подписи, печать)



Приложение 4



АКТ

внедрения в практику Министерства здравоохранения Новосибирской области результатов диссертации Шведова Евгения Геннадьевича «Оценка состояния здоровья лиц допризывного и призывного возраста»

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя — заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Аксёновой Е.А. и членов: начальника управления организации медицинской помощи Покровской О.Б., заместителя начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению Григорьева С.Е. удостоверяем, что материалы Е.Г. Шведова по комплексной оценке заболеваемости юношей-подростков и установленные приоритеты задействования медицинских служб для сохранения обороноспособного потенциала используются в работе подразделений министерства здравоохранения Новосибирской области при формировании программ по снижению распространенности патологии среди детей и подростков.

Председатель:

заместитель министра здравоохранения Новосибирской области

Аксёнова Е.А. 

Члены комиссии:

1) начальник управления организации медицинской помощи

Покровская О. Б. 

1) Заместитель начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению

Григорьев С. Е. 

Подписи Хальзова К. В., Аксеновой Е. А., Покровской О. Б., Григорьева С. Е. заверяю

Начальник Отдела кадров 



Приложение 5



«Сверждаю»
Военный комиссар
Новосибирской
области
А. Недопака
июня 2018г.

АКТ

внедрения в практику ФКУ «Военный комиссариат Новосибирской области» результатов диссертации Шведова Евгения Геннадьевича «Оценка состояния здоровья лиц допризывного и призывного возраста»

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя – Заместителя военного комиссара Новосибирской области Тимохина В.И. и членов врача терапевта военно-врачебной комиссии ФКУ «Военный комиссариат Новосибирской области» Полтинниковой Ю.Н. и врача дерматолога военно-врачебной комиссии ФКУ Шефер О.В. удостоверяем, что результаты анализа значимости отдельных заболеваний для ограничения годности лиц допризывного и призывного возраста, распространенности патологии среди призывников, полученные Е.Г. Шведовым, применяются военно-врачебными комиссиями военкоматов Новосибирской области при формировании обороноспособного потенциала.

Председатель:

Заместитель военного комиссара Новосибирской области

Тимохин В.И. 

Члены комиссии:


1) врач терапевт военно-врачебной комиссии ФКУ «Военный комиссариат Новосибирской области»

Полтинникова Ю.Н. 

2) врач дерматолог военно-врачебной комиссии ФКУ «Военный комиссариат Новосибирской области»

Шефер О.В. 

Подписи Тимохина В.И., Полтинниковой Ю.Н., Шефер О.В. заверяю

Начальник отдела кадров  Е.Новикова



Приложение 6

МИНОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ
 федеральное государственное бюджетное
 образовательное учреждение
 высшего образования
 «Новосибирский государственный
 педагогический университет»
 (ФГБОУ ВО «НГПУ»)
 Выдвигская ул., д. 28, г. Новосибирск, 630126.
 Тел./факс (383) 244-11-61. E-mail: rector@nspsu.net
<http://www.nspu.net>
 ОКПО 02079632, ОГРН 1025401913558,
 ИНН 5405115489, КПП 540501001
 11.05.18 № 113/410
 На № _____ от _____

«Утверждаю»
 Ректор ФГБОУ ВО «НГПУ»
 Герасва А.А.
 « 5 » июня 2018 г.



АКТ

внедрения в учебно-педагогический процесс Новосибирского государственного педагогического университета результатов диссертации Шведова Евгения Геннадьевича
 «Оценка состояния здоровья лиц допризывного и призывного возраста»

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя - заведующего кафедрой анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности докт.биол.наук, проф. Айзмана Романа Иделевича и членов: профессора кафедры, докт.мед.наук Рубановича Виктора Борисовича; доцента кафедры канд.биол.наук Лебедева Алексея Владимировича удостоверяем, что материалы диссертации Е.Г. Шведова, отражающие распространенность патологии среди подростков, а также методика социально-гигиенического познания проблем формирования обороноспособного потенциала используются на кафедре анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности Новосибирского государственного педагогического университета в курсах: «Мониторинг здоровья участников образовательного процесса», «Скрининг диагностика здоровья», «Демографическая безопасность» и «Основы здорового образа жизни» на лекциях и практических занятиях.

Председатель:

Зав. кафедрой анатомии, физиологии и БЖД Р.И. Айзман Айзман Р.И.

Члены комиссии:

- 1) Профессор каф. анатомии, физиологии и БЖД В.Б. Рубанович Рубанович В.Б.
- 2) Доцент каф. анатомии, физиологии и БЖД А.В. Лебедев Лебедев А. В.

Подписи Айзмана Р.И., Рубановича В.Б., Лебедева А.В. заверяю
 Начальник Отдела кадров Н.В. Баканова Баканова Н.В.

