

Я.А. Лещенко, А.В. Боева

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗ ЖИЗНИ И ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА В СИБИРИ (НА ПРИМЕРЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ)

ФГБУ «Восточно-Сибирский научный центр экологии человека» СО РАМН (Иркутск)

В статье представлены результаты многолетних исследований по изучению особенностей формирования основных показателей, характеризующих потери демографического потенциала в подростковых и молодежных контингентах Иркутской области в 1990–2000-х гг. Показатель общей заболеваемости подросткового населения увеличился в течение исследуемого периода в 2,8 раза: в наибольшей степени выросли показатели распространенности болезней эндокринной системы, патологии мочеполовой системы, органов пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней. В контингенте девушек 15–17 лет показатель распространенности воспалительных болезней женских тазовых органов вырос более чем в 20 раз; частота расстройств менструального цикла увеличилась в 9,1 раза. При исследовании образа жизни молодежи выявлен ряд факторов, оказывающих негативное влияние на состояние их здоровья (раннее начало половой жизни, курение и употребление алкоголя). Установлены структурно-количественные особенности инвалидности детей и подростков: показатель общей инвалидности увеличился в возрастной группе 10–14 лет среди мальчиков в 1,8 раза, среди девочек – в 1,9 раза; возрастной группе 15–17 лет среди мальчиков – в 1,4 раза, среди девочек – в 1,3 раза; показатели общей инвалидности мальчиков были выше, чем у девочек; основной патологией, обуславливающей инвалидизацию, являются психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии. Показатель общей смертности среди юношей и девушек выше среднероссийского уровня. Основная доля безвозвратных потерь подросткового населения обусловлена внешними причинами смерти: в 2010 г. в 78,6 % и 62,2 % случаев соответственно смертность юношей и девушек была обусловлена такими причинами как самоубийства и убийства. Анализ ценностно-мотивационных аспектов репродуктивного поведения студенческой молодежи показал, что большинство студентов ориентированы на создание в будущем малолетней семьи. Установлено, что среди прочих факторов, влияющих на формирование медико-демографических потерь, действием высокой интенсивности обладают негативные факторы социокультурной среды. Эти факторы характеризуются таким состоянием общества, как anomia, которая и обуславливает десоциализацию подростков и молодежи с последующим формированием девиантного поведения и здоровьеразрушительного образа жизни.

Ключевые слова: подростки, молодежь, здоровье, образ жизни

HEALTH STATE, LIFESTYLE AND TRENDS OF FORMING THE MEDICAL-DEMOGRAPHIC POPULATION POTENTIAL OF TEENAGER AND YOUTH AGE IN SIBERIA (ON EXAMPLE OF IRKUTSK REGION)

Ya.A. Leshchenko, A.V. Boyeva

Eastern-Siberian Scientific Center of Human Ecology SB RAMS, Irkutsk

The results of long standing investigations on studying the features of forming the main indices characterizing the losses of the demographic potential in the contingents of teenagers and young people of Irkutsk Region during 1990–2000th are presented in this paper. The index of general morbidity among the teenagers was found to increase 2,8 times for the period of this study: the prevalence indices of the endocrine system, the pathology of the urogenital system, the digestion organs as well as the parasitic and infectious diseases were found to increase in the highest degree. Among the girls of 15–17 years old the prevalence index of the inflammatory diseases of the female pelvic organs increased more than 20 times; the disorder frequency of the menstrual cycle – 9,1. In studying the lifestyle in the young people a number of the factors which may exert the negative influence on their health state (the early beginning of sexual life, smoking and alcohol consumption) has been revealed. The structural-quantitative invalidity features among the children and teenagers were revealed: the index of common invalidity increased 1,8 times among the boys and 1,9 times among the girls in the age groups of 10–14 years old; 1,4 times among the boys and 1,3 times among the girls in the age group of 15–17 years old; the indices of common invalidity were found to be higher in the boys than in the girls; the main pathology which may stipulate the invalidization may be associated with the psychical disorders and the behavior disorders, the diseases of the nervous system and the inborn anomalies. The rate of common mortality was found to be higher than the average Russian level among the youths and girls. The main proportion of the irrevocable losses of the teenagers is stipulated by the external causes of death: the mortality rate among the youths and girls was stipulated by such causes as suicides and murders in 78,6 % and 62,2 % of cases in 2010. The analysis of the value – motivation aspects of reproductive behavior among the students has shown that the largest proportion of the students were oriented to forming the families with few children in the future. These factors are characterized by the society states such as anomia which may stipulate the desocialization of the teenagers and young people which may on later form the deviant behavior and the health-destroying lifestyle.

Key words: teenagers, young people, health state, lifestyle

Большие масштабы «естественной» убыли населения России, наблюдаемые в последнее десятилетие XX века и обусловленные как устойчивыми изменени-

ями в массовом репродуктивном поведении населения, так и необычайно высоким уровнем смертности, привели к формированию неблагополучной демо-

графической ситуации. Наблюдаемый с 2005 г. рост показателей рождаемости является недостаточным даже для простого замещения поколений. В ближней перспективе формирование уровня естественного воспроизводства населения страны будет зависеть, главным образом, от состояния здоровья, образа жизни и отношения к брачно-семейным ценностям современных подростков и молодежи юношеского возраста. Вызывает тревогу то обстоятельство, что среди всех возрастных групп населения тенденции в изменении состояния здоровья и образа жизни подростков, юношей и девушек в последние десятилетия оказались самыми неблагоприятными [16]. Негативное влияние на состояние здоровья и репродуктивный потенциал подростков и молодежи оказывает, прежде всего, рискованное поведение в быту (употребление алкоголя, наркотиков, курение) и рискованное сексуальное поведение (раннее начало сексуальной жизни, частая смена половых партнеров и т.п.) [1, 20, 21].

В течение ряда лет лабораторией системных исследований общественного здоровья и другими подразделениями ФГБУ «Восточно-Сибирский научный центр экологии человека» СО РАМН проводились исследования, позволяющие на основании анализа показателей смертности, здоровья, ценностно-мотивационных ориентаций охарактеризовать состояние медико-демографического, в т.ч. репродуктивного потенциала подросткового и молодежного контингентов Иркутской области [3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18].

В настоящее время уровень смертности российской молодежи существенно выше, чем в странах Западной и Восточной Европы (в 4–8 раз), тогда как в конце советского периода различия были вдвое меньше. Это связано с тем, что с начала 1990-х гг. в России смертность подростков и молодежи в возрас-

те 15–19 лет возрастала быстрыми темпами и за три года увеличилась более чем на 35 % [11]. Показатели смертности подростков и молодежи Иркутской области резко выросли в первой половине 1990-х гг., причем среди юношей эта закономерность проявилась и стала заметна уже с 1991–1992 гг. Среди девушек как абсолютный, так и относительный прирост показателя смертности был несколько меньшим и заметно проявился, начиная с 1993 г. В отдельные годы показатели общей смертности юношей достигали особенно высоких (пиковых) значений. Например, они превышали средний уровень 80-х гг.: в 1993–1995 гг. – на 84,4–92,8 %, в 2000–2001 гг. – на 85,7–73,9 %.

Характеристики смертности подростков и молодежи Иркутской области более неблагоприятны, чем в среднем по России. Так, показатель общей смертности среди юношей Иркутской области только в 1985 г. был на 6,7 % ниже среднероссийского уровня, в остальные годы наблюдения имело место обратное соотношение, причем превышение среднероссийского показателя неуклонно нарастало со временем: в 1995 и 1997 гг. – 45,8–47,4 %, в 2001 и 2003 гг. – 55,0–64,7 %, в 2004–2011 гг. – 61,5–81,3 %. Показатель смертности девушек во все годы наблюдения превышал среднероссийский уровень на 16,7–62,5 % (табл. 1).

Большое значение в проблеме смертности подростков и молодежи придается вопросам преждевременности и предотвратимости. Основная доля безвозвратных потерь среди подросткового населения обусловлена «неестественными причинами смерти», не являющимися собственно заболеваниями в медицинском смысле, а представляющими собой воздействия физических (механических) или химических факторов (класс травм и отравлений). В 2010 г. смертность юношей и девушек Иркутской области

Таблица 1

**Сравнительные характеристики смертности подростков и молодежи 15–19 лет
(число умерших на 1000 человек данного пола и возрастной группы)**

Годы	Юноши		Девушки		Оба пола	
	Россия	Иркутская область	Россия	Иркутская область	Россия	Иркутская область
1985	1,5	1,4	0,6	0,8	1,0	1,1
1995	2,4	3,5	0,9	1,1	1,6	2,3
1997	1,9	2,8	0,8	1,0	1,3	1,9
2000	2,1	3,3	0,8	1,3	1,5	2,3
2001	2,0	3,1	0,8	1,3	1,4	2,2
2003	1,7	2,8	0,7	1,1	1,2	2,0
2004	1,7	2,9	0,7	0,9	1,2	1,9
2005	1,6	2,9	0,7	1,1	1,2	2,0
2006	1,6	2,7	0,6	1,0	1,1	1,8
2007	1,5	2,5	0,7	0,9	1,1	1,7
2008	1,5	2,7	0,6	0,9	1,1	1,8
2009	1,3	2,1	0,6	0,7	1,0	1,4
2010	1,2	1,8	0,5	0,7	0,9	1,3
2011	1,2	2,1	0,5	0,8	0,8	1,4

была обусловлена внешними причинами в 78,6 % и 62,2 % случаев соответственно. Среди юношей 46,5 % всех случаев смерти от неестественных причин составляли самоубийства, 33,9 % – несчастные случаи, 12,6 % – убийства. Среди девушек в структуре смертности от неестественных причин доля несчастных случаев составляла 47,4 %, самоубийств – 33,3 %, убийств – 26,3 %.

Обращает на себя внимание высокая смертность юношей и девушек от самоубийств и убийств. В течение почти всего периода наблюдения показатели самоубийств среди юношей 15–19 лет превышали критический уровень 20 ‰ (по критериям ВОЗ) в 2,7–4,2 раза. В отдельные годы (1992–1993 гг. – юноши; 2001 и 2004 гг. – девушки) показатель частоты убийств был выше показателя частоты самоубийств (в европейских странах уровни убийств, как правило, в 5–10 раз ниже уровня завершённых суицидов). Следовательно, самоубийства и смертность подростков и молодежи от насильственных причин наносят огромный ущерб репродуктивному и экономическому потенциалу страны.

Важной популяционной характеристикой, определяющей состояние медико-демографического потенциала, является инвалидность. В первой половине 2000-х гг. в нашей стране при прохождении ВТЭК 16-летними подростками впервые было зарегистрировано около 50000 детей-инвалидов, приблизительно такое же число детей-инвалидов имелось в каждой из младших возрастных групп, начиная с периода новорожденности [2].

В результате эпидемиологического анализа инвалидности подросткового населения Иркутской области установлено, что в возрастной группе 10–14 лет за период с 1996 по 2011 гг. показатель общей инвалидности увеличился среди мальчиков в 1,8 раза (с 197,9 до 369,0 ‰), среди девочек – в 1,9 раза (с 136,5 до 255,4 ‰). В возрастной группе 15–17 лет за период с 2001 по 2011 гг. показатель общей инвалидности увеличился среди мальчиков в 1,4 раза (с 282,3 до 382,6 ‰), среди девочек – в 1,3 раза (с 206,0 до 279,5 ‰). Показатели общей инвалидности мальчиков были выше, чем у девочек: в группе 10–14

лет – в среднем в 1,5 раза, в группе 15–17 лет – в 1,4 раза.

Основной инвалидизирующей патологией в 2011 г. в возрастных группах 10–14 и 15–17 лет были психические расстройства и расстройства поведения (133,8 и 153,8 ‰ соответственно), болезни нервной системы (53,5 и 47,4 ‰ соответственно) и врожденные аномалии (41,6 и 39,1 ‰ соответственно).

В последние десятилетия возникли негативные тенденции в изменении показателей общей заболеваемости подростков (по данным обращаемости за медицинской помощью). Так, в период с 1991 по 2011 гг. в Иркутской области общий показатель распространенности заболеваний (болезненности) увеличился в 2,8 раза (с 774,3 до 2159,4 ‰). В частности, увеличились показатели распространенности: болезней эндокринной системы – в 5,8–7,9 раза; инфекционных и паразитарных болезней – в 2,4–2,6 раза; патологии мочеполовой системы – в 4,4–5,1 раза; болезней органов пищеварения – в 1,9–2,8 раза (рис. 1).

Углубленные исследования состояния здоровья студенческой молодежи показали, что «высокий уровень» физического здоровья имеют 1,5 % обследованных, уровень физического здоровья «выше среднего» – 6,4 %, «средний уровень» – 17,4 %. «Низкий» и «ниже среднего» уровни физического здоровья имеют большинство обследованных (59,5 и 15,5 % соответственно).

Не являются позитивными и субъективные оценки молодыми людьми своего здоровья. Так, считают очень хорошим свое здоровье (5 баллов по пятибалльной шкале) 6,7 %, хорошим (4 балла) – 51,1 % обследованных. Почти 40 % студентов оценивают свое здоровье как удовлетворительное, плохое или очень плохое (рис. 2).

В течение последнего десятилетия среди российских подростков наблюдался выраженный рост распространённости социально обусловленных и социально-зависимых заболеваний и состояний [8].

Настоящим бедствием стали алкоголизация и наркотизация подростков. С начала 1990-х гг. в Иркутской области многократно увеличилась распространенность наркомании среди подростков.

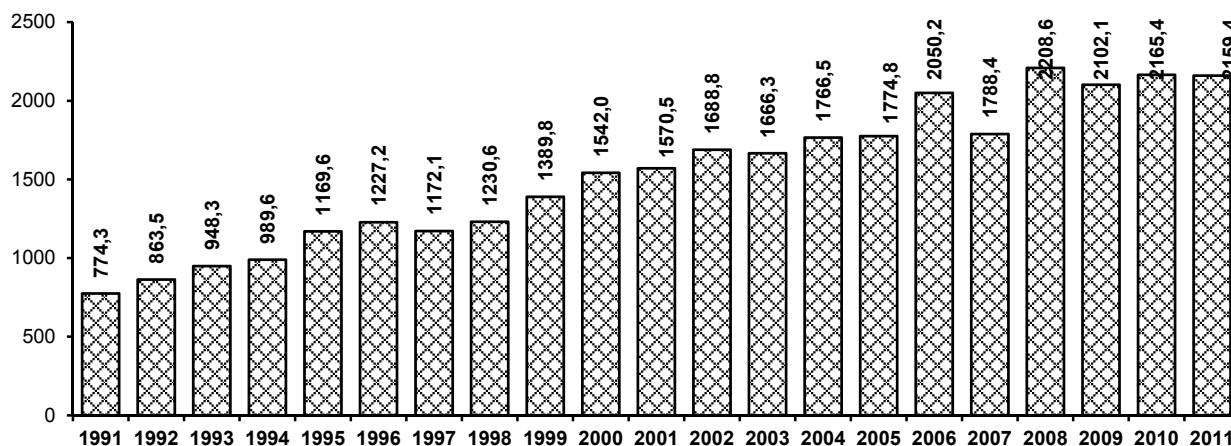


Рис. 1. Динамика показателя общей заболеваемости (болезненности) подростков 15–17 лет в Иркутской области (на 1000 лиц соответствующего контингента).

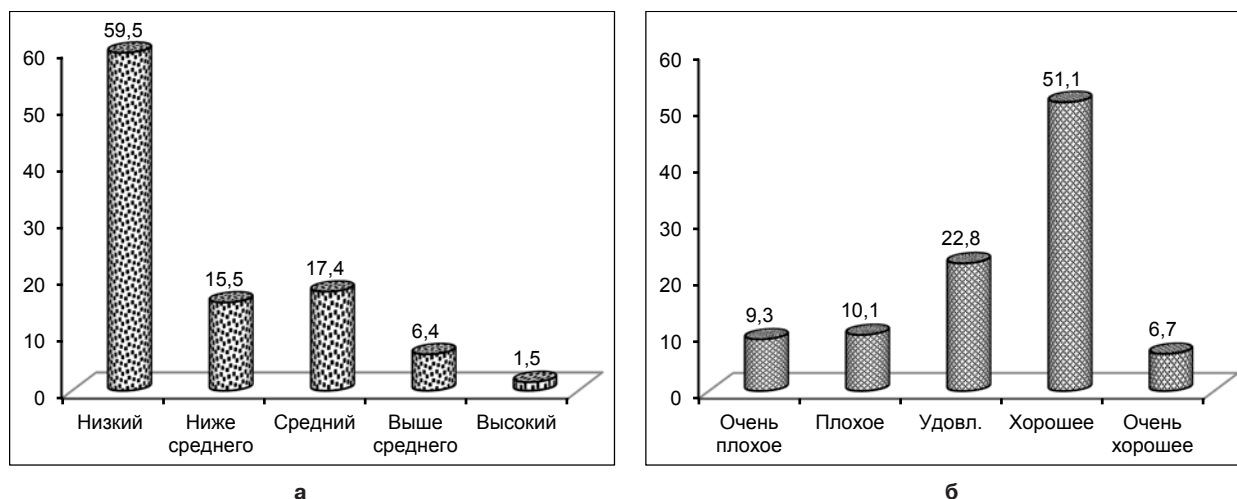


Рис. 2. Уровень физического здоровья по Г.А. Апанасенко (а) и согласно самооценке состояния здоровья (б).

В 2011 г. число подростков (15–17 лет), больных наркоманией и стоящих на диспансерном учете, составляло $75,7^{0}/_{0000}$, тогда как в 1990 г. даже общий показатель распространенности наркозависимых лиц был в 7,6 раза ниже ($9,9^{0}/_{0000}$) [15]. Повсеместно происходит неуклонное «омоложение» контингента лиц, страдающих наркоманией, снижение среднего возраста начала приобщения к токсическим и наркотическим веществам. По мнению экспертов, реальная численность наркозависимых лиц превышает официальные данные в 7–10 раз [20].

Наличие вредных привычек у подростков и молодежи является одним из показателей, характеризующих здоровьеразрушающее поведение и степень сформированности сознательной ориентации на здоровый образ жизни. В ходе выявления распространения вредных привычек среди молодежи было установлено следующее. Среди студентов не употребляют (или употребляют крайне редко) алкогольные напитки только 19,2 % опрошенных. Из числа студентов, употребляющих алкогольные напитки, большинство (75,6 %) были в состоянии сильного алкогольного опьянения более двух раз. В основном мотивами употребления алкоголя (у 82,2 % студентов, употребляющих спиртные напитки) служили различные знаменательные события и/или праздники. Большинство студенческой молодежи (91,6 %) при выборе спиртных напитков предпочитают отдавать вину, слабоалкогольным газированным напиткам и пиву. Употребление алкоголя способствует формированию и другой вредной привычки – табакокурения: на момент опроса курили 20,6 % студентов. Дебют употребления спиртных напитков приходился на возраст $15,7 \pm 2,5$ лет, курения – $15,5 \pm 4,2$ лет.

У 13,7 % студентов в окружении встречаются лица, пробовавшие или употребляющие наркотические вещества, 1,6 % студентов указали, что употребляют сами в настоящее время, 9,1 % – пробовали употреблять ранее. Мотивом употребления наркотических веществ в большинстве случаев служило любопытство (у 68,8 % студентов).

Подростки и молодежь с девиантным поведением, употребляющие алкоголь и наркотики, имеют отклонения в сексуальном поведении и составляют большую долю среди лиц с инфекционными заболеваниями, передаваемыми половым путем, в частности такой социально обусловленной патологии как сифилис. Уровень заболеваемости сифилисом этого контингента в Иркутской области в 1995–1997 гг. был чрезвычайно высоким (статистические материалы о распространенности сифилиса среди подростков 15–17 лет стали формировать лишь с 1995 г.) и составлял $422,3\text{--}610,8^{0}/_{0000}$. В последующие годы показатель распространенности этой патологии постепенно уменьшался, снизившись к 2011 г. до уровня $85,0^{0}/_{0000}$. Но и такое положение никак нельзя признать даже относительно благополучным, учитывая, что в 1980-е гг. и начале 1990-х гг. показатель распространенности сифилиса среди подростков был нулевым или близким к этому уровню, а случаи его выявления расценивались как казуистические.

Наиболее яркими, манифестными проявлениями идущего в высоком темпе социально обусловленного ухудшения репродуктивного здоровья девушек-подростков в настоящее время являются воспалительные заболевания половых органов с хроническим и рецидивирующим течением. В период с 1991 по 2011 гг. в контингенте девушек 15–17 лет показатель распространенности воспалительных болезней женских тазовых органов вырос более чем в 20 раз – с 1,1 до 25,6 ‰; частота расстройств менструального цикла увеличилась в 9,1 раза – с 4,3 до 39,3 ‰.

На рост заболеваемости репродуктивной сферы оказывает влияние сексуальное поведение молодежи. Средний возраст начала сексуальной жизни среди молодежи Иркутской области – $17,1 \pm 3,4$ лет. Считают, что сексуальную жизнь недопустимо начинать до вступления в брак, менее 10 % опрошенных, а положительно относятся к проживанию в незарегистрированных брачных союзах около 70 %. Это указывает на утрату семейных ценностей, разрушение существовавших нравственно-этических норм и традиций, влияет на снижение ценности

материнства и отцовства и на ухудшение положения института семьи.

О сокращении демографического потенциала также свидетельствуют репродуктивные ориентации молодежи: по данным социологического опроса, на создание в будущем малодетной семьи (один-два ребенка) ориентировано 74,8 % молодежи, трехдетной – 14,0 %, четырехдетной – 2,8 %, затруднились ответить – 7,5 %, не хотят иметь детей – 0,9 %; для удовлетворения своей потребности в детях девушки будут ориентироваться на величину среднего ожидаемого числа детей 2,27, а юноши – на величину 2,0.

В заключение охарактеризуем иерархию факторов, детерминирующих состояние здоровья подростков и молодежи на современном этапе. Наряду с факторами наследственности на формирование здоровья данных контингентов большое влияние оказывают факторы среды обитания и условий жизнедеятельности: антропогенные, учебно-образовательные, семейно-бытовые, факторы идеологии и культуры или факторы социокультурной среды. Причем, на разных этапах развития общества иерархия факторов (по силе их действия на организм) может существенно изменяться, и, соответственно, могут изменяться риски нарушения здоровья, создаваемые факторами разной природы.

В результате многолетних исследований нами выявлена современная иерархия факторов риска нарушений здоровья подростков и молодежи.

Факторы антропогенного риска (загрязнение природных объектов городской среды – воздуха, воды, почвы) в последние два десятилетия оказывают на здоровье подростков и молодежи действие малой или умеренной интенсивности. В результате такого воздействия возникает напряжение адаптационных механизмов, развиваются неспецифические функциональные расстройства, происходит формирование морфофункциональных нарушений донозологического характера со стороны систем: дыхания, кровообращения, иммунной, нервной, эндокринной [19].

Факторы учебно-образовательного риска (нерациональный режим обучения, интенсификация учебного процесса, низкая физическая активность и др.) также оказывают на здоровье подростков и молодежи действие малой или умеренной интенсивности. Эти факторы обуславливают возникновение отклонений в состоянии физического здоровья и функционировании сердечно-сосудистой системы [1, 8, 10].

Факторы семейно-бытового риска мы подразделили на две группы: социально-экономического и психосоциального неблагополучия семьи. Первая группа факторов (низкий уровень доходов, несбалансированное питание, неудовлетворительные жилищные условия) оказывают на здоровье действие умеренной или высокой интенсивности. В случае воздействия факторов высокой интенсивности формируются соматические и социально обусловленные заболевания. Группа факторов психосоциального неблагополучия оказывают действие умеренной интенсивности в семьях медико-социального риска (семьи с неблагоприятным психологическим микроклиматом, напряженными внутрисемейными отношениями, неполные, многодетные) [6, 14, 16, 17, 18].

Факторы социокультурной среды, а говоря более точно, негативные изменения, произошедшие в 1990–2000-е гг. в социокультурной среде, сыграли ключевую роль в формировании нарушений здоровья подростков и молодежи. В современных условиях на уровне всей социальной системы общественные структуры не предлагают подростковому и молодежному контингентам четко очерченных путей и способов социализации. Сами институты социализации переживают т.н. состояние аномии (состояние общества, характеризующее дезорганизацией социальных норм и институтов, неопределенностью и нестабильностью условий человеческого действия, а также расхождением между провозглашаемыми обществом целями и доступностью для массы людей законных способов их достижения). Аномия способствует десоциализации личности, потере жизненных ориентиров. Следующая за этим социально-психологическая напряженность влечет возрастание иррациональных форм поведения, таких, как негативные аффективные психоэмоциональные проявления (враждебность, агрессивность), нарушения «психологического здоровья» и формирование асоциальных типов личности [7]. Десоциализация выражается также в различных формах девиантного, саморазрушительного поведения (курение, алкоголизм, наркомания, ранние и/или беспорядочные половые связи). Сегодня в группе риска развития социальных девиаций оказались в наибольшей степени лица подросткового и юношеского возраста, что, в конечном счете, привело к возрастанию заболеваемости и смертности этих контингентов [3, 14, 16].

Таким образом, проведенные исследования позволили охарактеризовать основные виды потерь медико-демографического потенциала в подростковых и молодежных контингентах Иркутской области и определить основные детерминанты этих потерь в 1990–2000-е гг. Весьма неблагоприятными являются сформировавшиеся показатели состояния здоровья подростков и молодежи: высокие уровни распространенности заболеваний, особенно социально обусловленных болезней, инвалидности, смертности. Важнейшие детерминанты медико-демографических потерь на современном этапе – факторы семейно-бытового риска (социально-экономическое и психосоциальное неблагополучие), негативные факторы социокультурной среды (аномия, десоциализация, возрастание риска социальных девиаций). Происходящие в контингентах подростков и молодежи вышеуказанные явления и процессы самым негативным образом сказываются на формировании трудового, оборонного и репродуктивного потенциалов российского общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вест. Российской АМН. – 2009. – № 5. – С. 6–11.
2. Барашнев Ю.И., Розанов А.В., Волобуев А.И., Панов В.О. Инвалидность с детства: недифференцированная патология нервной системы и роль аномалий

развития мозга // Рос. вестник перинатол. и педиатрии. – 2005. – № 3. – С. 43–50.

3. Боева А.В. Состояние здоровья студентов по данным субъективной и объективной оценок // Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири: Матер. науч.-практ. конф. – Красноярск, 2012. – Вып. 11. – С. 41–44.

4. Боева А.В., Лещенко Я.А. Характеристика брачно-семейных и репродуктивных ориентаций населения // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 3. – С. 70–75.

5. Боева А.В., Лещенко Я.А. Характеристика физического развития и функциональных возможностей организма студентов // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т. 88, № 5. – С. 97–100.

6. Боева А.В., Лисовцов А.А. Состояние здоровья детского и подросткового населения промышленного города Восточной Сибири // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 2. – С. 75–79.

7. Братусь Б.С. Русская, советская, российская психология. – М.: Флинта, 2000. – 587 с.

8. Гвоздева Г.П., Коротких М.В., Харченко И.И. Социальное окружение школьников и опасность приобщения к наркотикам // Регион: экономика и социология. – 2004. – № 2. – С. 79–94.

9. Голубев В.Ю., Лещенко Я.А., Долгих В.В., Лещенко О.Я. и др. Состояние здоровья школьников-подростков, обучающихся в общеобразовательном учреждении нового вида // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – № 2. – С. 128–135.

10. Гущенко А.В., Лещенко Я.А., Прусакова М.В. Гигиеническая характеристика учебной нагрузки и соматическое здоровье учащихся старшего школьного возраста // Экология человека. – 2010. – № 3. – С. 40–43.

11. Иванова А.Е. Проблемы смертности российской молодежи // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2011. – № 2. – С. 3–6.

12. Катульская О.Ю., Боева А.В. Характеристика здоровья детей, подростков и студентов, проживающих в промышленном центре Иркутской области, на донозологическом уровне // Известия Самарского

научного центра Российской академии наук. – 2011. – Т. 13, № 1 (7). – С. 1596–1599.

13. Кулешова М.В., Боева А.В., Лещенко Я.А. Взгляды на брачно-семейные отношения и репродуктивные ориентации молодежи г. Иркутска // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14, № 5 (2). – С. 550–552.

14. Лещенко Я.А. Здоровье современных подростков и факторы, его определяющие // Ученые записки ЗабГГПУ. – 2012. – № 5. – С. 72–76.

15. Лещенко Я.А. Кризис в общественном здоровье и социально-демографическом развитии: главные проявления, причины, условия преодоления; изд. 2-е, переработ. и доп. – Иркутск: РИО ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2006. – 263 с.

16. Лещенко Я.А. Социально-экономические проблемы формирования потенциала воспроизводства населения и медико-демографического развития Сибири (на примере Иркутской области) // Бюл. СО РАМН. – 2008. – № 1. – С. 35–42.

17. Лещенко Я.А., Боева А.В., Лещенко О.Я., Гущенко А.В. Образ жизни, брачно-семейные и репродуктивные установки подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 4. – С. 85–95.

18. Лещенко Я.А., Гущенко А.В. Роль факторов социальной среды в формировании нарушений здоровья подростков // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 6. – С. 192–197.

19. Маторова Н.И. Оценка изменений здоровья детей в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 3. – С. 19–23.

20. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б., Шабунцова А.А., Барсукова Р.Т. Мониторинг подрастающего поколения: тенденции и особенности развития // Народонаселение. – 2007. – № 1 (35). – С. 4–12.

21. Скворцова Е.С., Никифорова Н.З., Зубкова Н.З. Сексуальное поведение подростков, учащихся училищ начального профессионального образования России // Здравоохран. РФ. – 2010. – № 2. – С. 29–32.

Сведения об авторах

Лещенко Ярослав Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией системных исследований общественного здоровья ФГБУ «Восточно-Сибирский научный центр экологии человека» СО РАМН – НИИ медицины труда и экологии человека (665827, г. Ангарск, 12а мкр., д. 3; тел.: 8 (3955) 55-75-67; e-mail: lsioz@mail.ru)

Боева Алла Васильевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории системных исследований общественного здоровья ФГБУ «Восточно-Сибирский научный центр экологии человека» СО РАМН – НИИ медицины труда и экологии человека (e-mail: a_boyeva@mail.ru)