

УДК: 614.2:616 – 053.5(476.2)

АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШКОЛЬНИКОВ Г. ГОМЕЛЯ

Соболева Л. Г., Шаршакова Т. М., Шульга О. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Здоровье нации определяется, прежде всего, здоровьем подрастающего поколения. В последние годы принят ряд законов, постановлений, обеспечивающих законодательную базу для охраны здоровья детей Республики. Вместе с тем, на протяжении последних лет определяются отрицательные тенденции в динамике формирования здоровья детей.

Особую тревогу вызывает состояние здоровья школьников, поскольку наиболее выраженный рост заболеваемости отмечается на возрастном отрезке от 7 до 18 лет, совпадающем с периодом получения систематического образования [1, 2].

Среди белорусских школьников отмечается рост заболеваемости гастритом (в 10,5 раза), язвой желудка (в 2,3 раза), у 7 % детей наблюдается увеличение щитовидной железы, 23 % имеют различные хронические заболевания, 65 % — функциональные отклонения. Увеличился процент детей с нарушениями осанки и зрения. К пятому классу нарушение осанки выявляется у 40 % школьников. У 21 % первоклассников наблюдаются нервно-психические расстройства [3]. К моменту окончания школы этот процент увеличивается до 93 % [4].

Таким образом, изучение медико-социальных проблем здоровья и благополучия детского населения в условиях сложившейся в нашей стране новой социально-экономической ситуации приобретает все большую актуальность.

Цель работы

Анализ общей заболеваемости школьников определенных возрастных групп (6–10 лет, 11–14 лет, 15–18 лет).

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 952 школьника СОШ № 32, 46 (мальчиков — 500, девочек — 452). Проведен анализ первичной медицинской документации (история развития ребенка — ф. № 112/у, медицинская карта школьника ф. № 026/у, с учетом результатов плановых и дополнительных консультативных осмотров). Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS-13, SPSS-16 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков.

Результаты и обсуждение

За последние пять лет произошли значительные сдвиги в состоянии здоровья детей и подростков, характеризующиеся ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, изменением структуры выявляемых нарушений здоровья, ухудшением показателей физического развития и физической подготовленности, что подтверждает и наше исследование [5]. В структуре заболеваний школьников на первом ранговом месте находятся заболевания КМС, на втором — заболевания органов дыхания, на третьем — заболевания органов кровообращения, на четвертом — заболевания глаз и на пятом — заболевания органов пищеварения. Увеличился удельный вес заболеваний мочеполовой системы (с 3,1 до 4,7 %). Следует отметить, что в возрасте 6–10 лет данная патология составляла 2,1 %; 5,3 % составляли заболевания мочеполовой системы в возрасте 11–14 лет и 3,8 % в 15–18 лет. В 2006–2010 гг. существенных различий по группам и годам не установлено.

Заболевания кожи и подкожной клетчатки увеличились в 1,4 раза (с 4,7 до 6,6 %). В возрасте 6–10 лет данная заболеваемость составляет в среднем 8 %, в возрасте 11–14 лет — 4,6 % и в 15–18 лет — 3,6 %.

Удельный вес заболеваний костно-мышечной системы у детей увеличился почти в 2 раза (с 22 до 41,3 %). В структуре патологии в 2006 г. по трем возрастным категориям были установлены статистически достоверные различия ($\chi^2 = 69,088$, $p < 0,01$). Нарушения осанки чаще встречались у детей в возрасте 6–10 лет и 15–18 лет (9,1 %; 26,3 %). Сколиоз составлял наибольший процент в возрасте 15–18 лет (6,7 %). Плоскостопные стопы были выявлены у 6,0 % детей в возрасте 6–10 лет, что составило наибольший удельный вес по сравнению с другими возрастными группами. Наибольший удельный вес по сколиотической осанке был отмечен у детей в возрасте 11–14 лет (4,7 %). Следует отметить различия по структуре заболеваний костно-мышечной системы в 2007 году ($\chi^2 = 65,154$, $p < 0,01$). В 2007–2010 годах в структуре патологии 1 ранговое место занимали нарушения осанки (10,0 %; 17,7 %; 21,2 %; 22,1 %). Второе место в 2007–2008 гг. принадлежало сколиотической осанке (3,4 %, 3,2 %), в 2009 году — плоскостопным стопам, плоскостопию и сколиотической осанке (3 %), в 2010 году — плоскостопию (3,4 %). Третье место в 2007–2008 гг. занимали плоскостопные стопы (1,9 %; 3 %), в 2009 году — сколиоз, плоскостопие (1,5 %), в 2010 году — плоскостопие (3,4 %).

Было установлено, что в 2007 году нарушения осанки достоверно чаще встречались у детей в возрасте 15–18 лет (15,6 %; 28,3 %), из них сколиоз составлял 11,6 и 19,2 %. Наибольший удельный вес детей в 2007 году с плоскостопными стопами был установлен в возрасте 6–10 лет и составил 5 и 7,6 %. Сколиотическая осанка в 2007 году составляла наибольший процент у детей в возрасте 15–18 лет (4,8 %). Плоскостопие чаще встречалось у детей в возрасте 6–10 лет и составляло 2,2 %.

Болезни уха и сосцевидного отростка у детей в 2006–2009 гг. составляли 0,4 %. В 2010 г. данная заболеваемость у детей составляла 0,6 %. Структуру данной патологии в 2006–2009 гг. составляла нейросенсорная тугоухость — у детей в возрасте 6–10 лет (0,6 %) и отит — у детей в возрасте 11–14 лет (0,5 %). В 2010 г. нейросенсорная тугоухость была выявлена у 1,1 % детей, в возрасте 6–10 лет и отит у 0,5 % школьников.

Психические расстройства и расстройства поведения у детей увеличились в среднем в 5 раз (с 0,3 до 1,7 %). В структуре патологии неврозоподобное заикание в 2006–2010 гг. составляло 1 % у детей в возрасте 15–18 лет. В 2008–2009 гг. у 0,6 % детей в возрасте 6–10 лет были выявлены невротические реакции, в 2010 г. данная патология уже составляла 1,7 %. В 2009–2010 гг. у 0,6 % детей в возрасте 6–10 лет были выявлены невротические тики. Астеноневротический синдром был отмечен в 2010 г. в возрасте 11–14 лет у 0,5 % детей.

Заболевания нервной системы (эписиндром) в 2009–2010 гг. составляли 1 % у детей в возрасте 6–10 лет и у детей в возрасте 15–18 лет. Также в 2010 г. была установлена у 0,6 % детей в возрасте 6–10 лет нейрогенная инфекция с судорогами.

Заболевания глаз и его придаточного аппарата увеличились в 1,6 раз. Структура патологии в 2006, 2008–2010 гг. имела определенные различия ($\chi^2 = 48,818$; $\chi^2 = 46,437$; $\chi^2 = 46,426$; $\chi^2 = 50,137$, $p < 0,05$). В 2006–2010 гг. в структуре патологии миопия занимала 1 место (3,2 %; 3,0 %; 5,0 %; 4,6 %; 5,5 %). Следует отметить, что 2006–2007, 2009–2010 гг. достоверно чаще встречалась миопия в возрасте 15–18 лет (7,7 %; 6,7 %, 6,7 %, 8,7 %), в 2008 году — в возрасте 11–14 лет (7,3 %). Второе место в 2006 г. занимал спазм аккомодации (1,1 %), в 2007, 2009, 2010 гг. — гиперметропия (1,1 %; 2,3 %; 3,0 %), 3 место в 2006 г. — гиперметропия (0,8 %), в 2007 г. — миопия, спазм аккомодации (0,8 %), в 2009, 2010 гг. — спазм аккомодации (1,9 %; 1,7 %). Причем, в 2006 г. спазм аккомодации составлял наибольший удельный вес у детей в возрасте 15–18 лет (4,0 %). В 2008 г. второе место принадлежало гиперметропии и спазму аккомодации

(1,7 %), третье место — гиперметропии с астигматизмом (1,2 %). Следует подчеркнуть, что в 2008–2010 годах у детей в возрасте 6–10 лет гиперметропия составляла наибольший удельный вес (3,9 %; 5,6 %; 6,7 %).

Удельный вес заболеваний органов кровообращения за пять лет увеличился в 2 раза (9,4 %, 18,5 %). В 2006 г. данная патология составляла 6,1 %, в 2007 году — 5,7 %, в 2008 — 9,5 %, в 2009 — 11,0 %, в 2010 — 11,4 %. За 2006–2009 гг. в структуре патологии существенных различий не установлено.

Следует отметить, что в структуре патологии у детей в 2006–2007 гг. первое место у школьников принадлежало МАРС: ПМК (1,7 %, 1,7 %), второе место занимала ВСД по гипертоническому типу (1,5 %, 1,0 %). Третье место в данный период занимала МАРС: АХЛЖ (1,3 %, 0,8 %). В 2008–2009 гг. МАРС: ПМК также занимала лидирующее положение в структуре данной патологии (2,3 %, 2,3 %), второе место принадлежало ВСД по гипотоническому типу, МАРС: АХЛЖ (1,5 %, 1,7 %). ВСД по гипертоническому типу занимало третье ранговое место (1,4 %, 1,5 %).

В 2010 г. нами были выявлены различия в структуре данной патологии по возрасту ($\chi^2 = 38,257$, $p < 0,05$). Наибольший удельный вес ВСД (по гипертоническому и гипотоническому типу) в структуре патологии был установлен в возрасте 15–18 лет (4,8 %, 3,8 %), по сравнению с возрастными категориями 6–10, 11–14 лет (0,0 %, 1,0 % и 0,0 %, 3,6 %). В возрасте 6–10 лет достоверно чаще встречались МАРС: АХЛЖ, ФКП (2,2 %). МАРС: ПМК имела наибольший удельный вес в возрасте 11–14 лет (3,1 %).

В 2,3 раза увеличились заболевания эндокринной системы и обмена веществ (с 6,1 до 14,0 %). В 2006–2007 годах данная заболеваемость составляла 5,1 %, в 2008 году — 8,5 %, в 2009 — 10,1 % и в 2010 году — 11,2 %. Статистически достоверных различий в структуре патологии по возрасту не установлено.

Заболевания органов дыхания также имеют тенденцию к увеличению (с 19,4 до 22,5 %). В структуре заболеваемости органов дыхания по возрасту в 2006–2010 гг. нами были выявлены статистически достоверные различия ($\chi^2=67,520$; $\chi^2=68,590$; $\chi^2=73,456$; $\chi^2=70,695$, $p<0,01$; $\chi^2=62,044$, $p<0,05$). Наибольший удельный вес по данной патологии был установлен у детей в возрасте 6–10 лет и составлял в среднем 27,6 %. Аденоиды в 2006–2010 годах составляли наибольший удельный вес у детей в возрасте 6–10 лет (12,8 %; 13,3 %; 12,2 %; 11,7 %; 10,6 %). Бронхиальная астма достоверно чаще встречалась у детей в возрасте 11–14 лет (4,7 %; 5,2 %; 5,2 %; 5,2 %; 4,7 %). РЗВДП составляли наибольший удельный вес у детей в возрасте 6–10 лет (11,1 %; 7,8 %; 7,3 %; 6,7 %; 5,6 %). Хронический вазомоторный ринит в 2006–2008 гг. имел наибольший процент у школьников в возрасте 15–18 лет (6,7 %; 8,7 %; 10,6 %). В 2007–2010 годах хронический тонзиллит достоверно чаще встречался у школьников в возрасте 15–18 лет (3 %, 4,8 %, 4,8 %, 4,8 %). Удельный вес заболеваний органов пищеварения увеличился в 1,3 раза (с 12,4 до 16,0 %). В 2006–2008 г. в структуре патологии первое место занимали ДЖВП (3,8 %, 4,2 %, 5 %). Второе место в 2006, 2008 гг. принадлежало хроническому гастродуодениту (2,5 %, 3,4 %), в 2007 г. — хроническому гастриту (3 %). Третье место в 2006, 2008 гг. занимал хронический гастрит (2,1 %), в 2007 г. — хронический гастродуоденит (2,7 %). Структура патологии по возрасту в 2009–2010 гг. существенно различалась ($\chi^2=39,483$, $\chi^2=43,867$, $p<0,05$). В 2009–2010 гг. ДЖВП составляла наибольший удельный вес у детей в возрасте 6–10 лет (9,4 %; 10 %). Хронический гастрит достоверно чаще встречался у школьников в возрасте в возрасте 11–14 лет (3,1 %; 3,6 %). Хронический гастродуоденит имел наибольший процент у детей в возрасте 15–18 лет (8,7 %).

Исходя из проведенного анализа общей заболеваемости школьников, можно сформулировать следующие выводы:

1. В 1,5 раза увеличились заболевания МПС (с 3,1 до 4,7 %).

2. Заболевания кожи и подкожной клетчатки увеличились в 1,4 раза (с 4,7 до 6,6 %).
3. Психические расстройства и расстройства поведения у детей увеличились в среднем в 5 раз (с 0,3 до 1,7 %).
4. Удельный вес заболеваний органов пищеварения увеличился в 1,3 раза (с 12,4 до 16,0 %).
5. Заболевания глаз и его придаточного аппарата увеличились в 1,6 раз.
6. В 2,3 раза увеличились заболевания эндокринной системы и обмена веществ (с 6,1 до 14,0 %).
7. В 2 раза увеличились заболевания КМС, органов кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье детей в условиях социальной дифференциации общества / Т. М. Максимова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Сер. мед. наук. — 2004. — № 1. — С. 9–14.
2. Проблемы и перспективы укрепления здоровья школьников / М. О. Короткова [и др.] // Гигиена и санитария. — 2007. — № 3. — С. 53–56.
3. Характеристика отдельных показателей состояния здоровья юношей-подростков г. Минска: материалы Республиканской научно-практической конференции. Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь, Минск, 28 июня 2007 г. / МЗРБ, белорусское общественное объединение организаторов здравоохранения, БелМАПО; под ред. Ф. А. Германович [и др.] — Гомель, 2007. — С. 428.
4. Распространенность стойких нарушений и последствий болезней среди детей крупного города / Р. К. Игнатьева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Сер. мед. наук. — 1997. — № 3. — С. 7–14.
5. *Онищенко, Г. Г.* Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей и подростков: состояние и пути решения проблем / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. Сер. Мед. наук. — 2007. — № 4. — С. 53–59.

УДК 614.2

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО НАДЗОРА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Солонец Г. В., Тарасенко А. А., Гнатюк Е. М., Сподникайло Н. В.

**Государственное учреждение
«Гомельский областной центр гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Из доклада Министра здравоохранения Республики Беларусь В. И. Жарко «Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2012 году и основных направлениях деятельности на 2013 год»:

«Мы мало занимаемся созданием профилактической среды, которая предполагает, с одной стороны, создание инфраструктурных, информационно-образовательных, правовых, налоговых и других условий, позволяющих населению вести здоровый образ жизни, с другой, — мотивирование населения к сохранению здоровья и долголетия, формирование ответственности каждого за свое здоровье и здоровье своих близких» [1].

«Нужно искать новые направления профилактической работы, развивать интерактивные формы популяризации ЗОЖ» [1].

Одной из основных, поставленных Минздравом задач на 2013 год, является необходимость высокой эффективности профилактических мероприятий. Определена профилактика как приоритетное направление в работе каждого медработника.

Основными направлениями деятельности центров гигиены и эпидемиологии всех уровней Гомельской области в целях совершенствования информационной работы с населением определены следующие:

- организация межведомственного взаимодействия;
- укрепление кадрового потенциала;