

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ РЕШЕНИЯ

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Важность задач охраны и укрепления здоровья детского и подросткового населения определяется тем, что здоровье детей и подростков представляет собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества, определяет продолжительность активной жизни и, в основном, формируется в детском и подростковом возрасте.

В последние годы в Республике Беларусь состояние здоровья детского населения характеризуется негативными тенденциями. По данным официальной статистики, численность детского населения (0–14 лет) в Республике Беларусь на начало 2011 г. составила 1 413 169 человек, что на 45,8 % меньше по сравнению с 1970 г.

Материалы Государственного доклада «О санитарно-эпидемической обстановке в Республике Беларусь в 2010 году» свидетельствуют, что заболеваемость детей до 14 лет с впервые в жизни установленным диагнозом в 2010 г. составила 186 047,7 на 100 тыс. детского населения (2009 г. — 191 003,8), заболеваемость подростков (15–17 лет) — 130 420 (2009 г. — 147 457,4) (рис.). Уровни заболеваемости остаются высокими и превышают показатели 1993 г. в 1,7 раза как у детей до 14 лет, так и у подростков. Вместе с тем в сравнении с 2009 г. у детей до 14 лет отмечается снижение заболеваемости на 2,6 % (1,03 раза), среди подростков заболеваемость увеличилась на 5,4 % (в 1,05 раза).

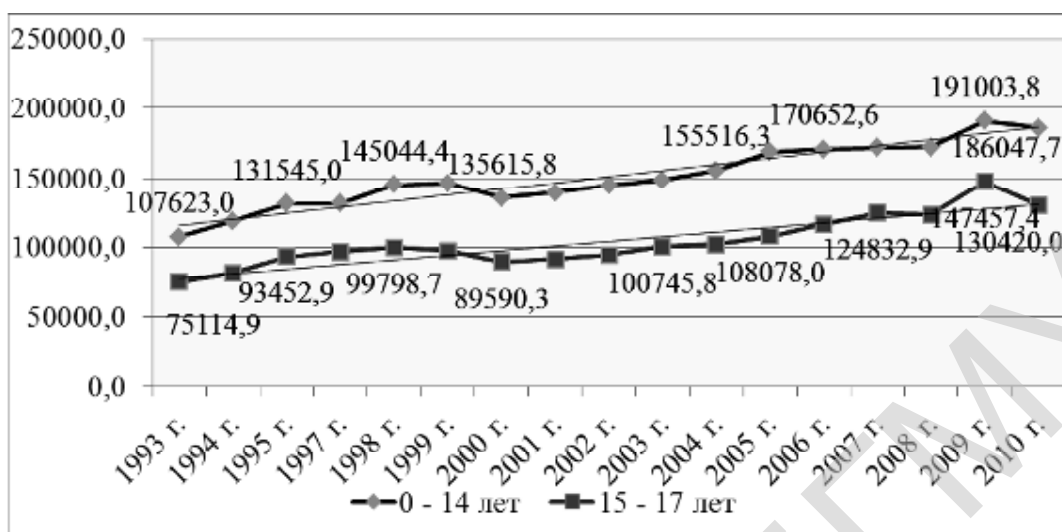


Рис. Динамика заболеваемости детей 0–14 лет, подростков 15–17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100 тыс. детского населения) в 1993–2010 гг.

Данные официальной статистики характеризуют демографическую ситуацию в республике, а также уровни заболеваемости детей и подростков. В то же время здоровье детей и подростков — результат многих слагаемых, оно складывается из уровня физического, умственного, функционального развития в различные возрастные периоды, состояния адаптационно-приспособительных реакций в процессе роста. Поэтому для принятия научно обоснованных управленческих решений, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков необходимы данные, характеризующие морфофункциональные особенности детей и подростков на современном этапе.

Гигиеническая оценка состояния здоровья детей и подростков, проводимая на протяжении последних десяти лет, свидетельствует о негативных тенденциях состояния здоровья. Так, результаты эксплуатации интегрированной автоматизированной системы социально-гигиенического мониторинга (СГМ) «Здоровье и физическое развитие детей г. Минска», позволяющей выявлять статистически значимые приоритетные проблемы в области формирования здоровья подрастающего поколения, свидетельствуют о негативной динамике соматического здоровья и функционального состояния у значительной части школьников г. Минска. Выявлена высокая распространенность функциональных нарушений и хронической патологии, снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, напряжение механизмов адаптации у учащихся общеобразовательных учреждений с тенденцией к снижению адаптационных возможностей к моменту окончания школы. Среди школьников г. Минска имеется значительная группа детей и подростков, у которых отмечаются дисгармоничное физическое развитие за счет избыточной массы тела относительно возраста и роста, а показатели жизненной емкости легких и силы левой и правой

кости — ниже возрастных нормативов. С возрастом удельный вес детей с отклонениями от нормы соматометрических и физиометрических показателей физического развития увеличивается.

При гигиенической оценке состояния здоровья учащихся 5-х классов 9 общеобразовательных школ и 9 гимназий г. Минска (обследовано 1662 учащихся, в т. ч. 843 мальчика и 819 девочек), проведенной в рамках выполнения задания 06.05. «Разработать и обосновать пути оптимизации условий формирования здоровья детского населения на основе развития методологии оценки риска» ОНТП «Здоровье и окружающая среда», установлено, что среди пятиклассников только 9,9 % относится к I группе здоровья, 67,9 % — ко II группе здоровья. Причем мальчиков, имеющих II группу здоровья, на 6,2 % больше, чем девочек. Из обследованных детей 21,3 % имеют III группу здоровья. IV группа здоровья отмечается среди пятиклассников в единичных случаях — 0,9 %, но при этом среди девочек в два раза чаще, чем среди мальчиков.

Нарушение осанки выявлено у 36,9 % учащихся 5-х классов, нарушение остроты зрения — у 33,2 %. Среди гимназистов нарушения осанки и остроты зрения встречаются в 1,3–1,4 раза чаще, чем среди пятиклассников СОШ.

Удельный вес пятиклассников, имеющих очень низкий и низкий индекс массы тела (ИМТ), составляет соответственно 3,2 и 5,5 %, высокий и очень высокий — 10,7 и 10,1 %. Каждый четвертый мальчик и каждая шестая обследованная девочка имеют высокий или очень высокий ИМТ, что свидетельствует о наличии значительной группы учащихся, имеющих резко дисгармоничное физическое развитие с избыточной массой тела. Высокий или очень высокий ИМТ отмечен среди 22,6 % гимназистов и 18,9 % учащихся СОШ.

Удовлетворительная адаптация отмечается у 77,1 % обследованных, напряжение механизмов адаптации — у 16,4 %, неудовлетворительная адаптация — у 5 %, срыв адаптации — у 1,5 % учащихся. Среди мальчиков неудовлетворительная адаптация встречается практически в два раза чаще, чем среди девочек.

При оценке факторов, формирующих здоровье детей, установлены значительные нарушения режима дня, определяющие низкую двигательную активность и нарушения режима питания. Оценка фактического питания в домашних условиях свидетельствует, что питание учащихся 5-х классов не сбалансировано и нуждается в коррекции.

Проведенная нами оценка здоровья 295 учащихся 9–11-х классов общеобразовательных учреждений г. Минска в возрасте 15–18 лет (124 юноши и 171 девушка) свидетельствует, что удельный вес подростков I группы, т. е. имеющих гармоничное физическое и нервно-психическое развитие, редко болеющих, составляет лишь 0,3 %. Удельный вес детей

II группы здоровья, т. е. учащихся, у которых отсутствуют хронические заболевания, но при этом имеется осложненный биологический или социальный анамнез, а также часто и длительно болеющих, составляет 56,2 %. Удельный вес детей III и IV группы здоровья соответственно 41,7 и 1,0 %, при этом наибольший удельный вес таких учащихся отмечается в 11-х классах, где подростки, имеющие хронические заболевания в состоянии компенсации, составляют более половины (58,5 % — III группа здоровья и 3,8 % — IV группа здоровья).

При оценке распределения детей по уровню физического развития установлено, что среди подростков низкие показатели длины и массы тела вообще отсутствуют. Длину тела ниже среднего имеют 7 % обследованных, средняя длина тела отмечена у 65,2 %. Подростки, имеющие длину тела выше среднего, составляют 21,3 %, высокий рост выявлен у 6,5 % подростков.

Одним из показателей, характеризующих развитие костно-мышечного аппарата, подкожно-жировой клетчатки, внутренних органов, является масса тела. Установлено, что удельный вес подростков с массой тела ниже среднего составляет 11,7 %, средней — 73,6 %, выше среднего — 10,6 %, высокой — 4,1 %. Удельный вес учащихся 9–11-х классов, имеющих низкий индекс Кетле, т. е. резко дисгармоничное физическое развитие за счет дефицита массы тела, составляет 2 %, что соответствует распространенности данного явления в стандартной популяции. Индекс Кетле ниже среднего, средний и выше среднего выявлен соответственно у 19,3, 65,2 и 9,8 % учащихся старших классов. Высокий индекс Кетле, который можно трактовать как резко дисгармоничное физическое развитие за счет избыточной массы тела относительно роста, установлен у 3,7 % учащихся. Среди девушек низкий индекс Кетле встречается в 2,5 раза чаще, чем среди юношей, и составляет соответственно 2,7 и 1,0 %. Высокий индекс Кетле, наоборот, в 3 раза чаще встречается среди юношей, чем среди девушек, и составляет соответственно 6,1 и 2,1 %.

При оценке адаптационных возможностей установлено, что удовлетворительная адаптация отмечается у 33,5 % обследованных подростков, напряжение механизмов адаптации — у 22,6 %, неудовлетворительная адаптация — у 21,8 % и срыв адаптации — у 22,2 %.

Полученные нами данные согласуются с результатами научных исследований, проводимых НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН, характеризующими особенности состояния здоровья и функциональных возможностей детей в современных условиях (П. И. Храмцов, И. К. Раппопорт, Н. О. Березина, М. А. Никитина, 2009; В. Р. Кучма, 2008):

1) высокая степень распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний;

2) негативная динамика состояния здоровья с преобладанием хронических заболеваний;

3) изменение характера нарушений физического развития — преобладание детей с избытком массы тела;

4) выраженная многолетняя отрицательная динамика функциональных возможностей организма детей и подростков.

Сохранение и укрепление здоровья — результат не столько чисто медицинских, сколько совокупности профилактических медико-социальных мероприятий, провести которые в полном объеме только силами учреждений здравоохранения не представляется возможным. Поэтому в общеобразовательных учреждениях необходимо проведение целенаправленных комплексных профилактических программ, способствующих сохранению и укреплению здоровья учащихся. Для этого необходима реализация следующих мероприятий:

1. Распространение опыта ведения социально-гигиенического мониторинга, что позволит педиатрам на индивидуальном уровне, с учетом биологических особенностей организма, диагностировать пограничные состояния и судить о резервных возможностях детского организма, проводить комплексную оценку состояния здоровья, гигиенистам — давать популяционную оценку здоровья детского населения (выделять группы, время и территории риска), устанавливать факторы, оказывающие негативное воздействие на состояние здоровья детей и подростков и проводить их медико-гигиеническое ранжирование, а также определять неотложные и долгосрочные мероприятия по предупреждению и устранению негативных воздействий факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков.

2. Более широкое внедрение информативных и доступных показателей и методов оценки состояния здоровья, что позволит в достаточно короткие сроки получать аналитические данные, характеризующие состояние здоровья детей и подростков.

3. Разработка региональных нормативов показателей здоровья, что позволит оценивать данные о здоровье детей с учетом региональных особенностей.

4. Более широкое использование информационных технологий в деятельности специалистов гигиены детей и подростков (разработка пакетов прикладных программ, оснащение отделений ЦГиЭ современной компьютерной техникой).

5. Совершенствование методов оценки причинно-следственных связей в системе «Здоровье — среда обитания», в т. ч. использование методологии оценки риска.

6. Достаточное обеспечение медицинскими кадрами учреждений для детей и подростков и их подготовка в вопросах профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья.

7. Информирование родителей о результатах здоровья детей и подростков.

8. Организация и проведение системы профилактических и оздоровительных мероприятий в учреждениях для детей и подростков.

Но какие бы методы сохранения и укрепления здоровья не использовались в школе, ожидаемого эффекта не будет, если у самих учащихся не сформированы потребности и привычки в осознанном и разумном отношении к собственному здоровью, не выработаны умения и навыки в совершенствовании своего физического и психического здоровья. Поэтому необходима постоянная и планомерная заинтересованная работа как родителей, медицинских работников, так и педагогов, направленная на формирование у детей и подростков ответственного отношения к своему здоровью.