

# РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ, ПОДРОСТКОВ КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Сурмач М.Ю.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Охрана материнства и детства относится к приоритетным глобальным целям тысячелетия и к высоко значимым направлениям государственной политики Беларуси. Как указывает министр здравоохранения В.И.Жарко в газете «Медицинский вестник» от 8 октября 2015 года: «Кажется, 2005-й и 2014-й в медицинской статистике разделяет целая эпоха. Тогда мы имели младенческую смертность 6,1 на 1000 новорожденных, летальность от инфаркта миокарда 6,1 на 1000 населения, ожидаемую продолжительность жизни 69 лет... Сегодня цифры не требуют комментариев: 3,5 – 4,7 – 73,2 года... У нас теперь самая низкая младенческая смертность в СНГ... ВОЗ ставит Беларусь на 50-е место среди 187 государств, включив в группу стран с высоким уровнем человеческого развития. Наша республика входит в число 50 лучших государств по ведению беременностей, организации родов и квалификации медперсонала».

Тем не менее, активные мероприятия по охране репродуктивного здоровья молодёжи и стимулированию рождаемости сохраняют высокую значимость. Резкое снижение рождаемости в девяностые годы привело к тому, что численность подростков также резко снизилась: только с 2008 по 2012 г. - на 23,3%. Одна из возможных причин роста выявляемости заболеваний у детского населения - улучшение качества диагностики. В то же время, рост показателей первичной, общей заболеваемости детей и подростков, отсутствие улучшения в распределении по патологической поражённости, группам здоровья, - тревожные для организаторов здравоохранения тенденции.

Доказано, что экономические и медико-организационные мероприятия необходимо сочетать с целевыми медико-социальными мерами, основанными на изучении факторов социума. С тем, чтобы обосновать и внедрить социально эффективные меры по укреплению репродуктивного здоровья молодёжи, повышению связанного со здоровьем качества жизни подростков, увеличению рождаемости, выполнено комплексное медико-социологическое исследование. Изучены данные двухэтапного (2004 – 2006 и 2010 – 2011 гг.) опроса репрезентативных республиканских выборок (15–24 года, 5066 человек) и медико-организационные технологии охраны здоровья подростков и молодёжи.

Установлено, что динамика репродуктивных установок молодёжи 15-24 лет с 2004 по 2011 гг. положительна: планируемое число

детей в семье возросло с  $1,66 \pm 0,01$  до  $1,87 \pm 0,016$  детей. Одновременно, разрыв между установками на планируемое и идеальное число детей сократился в 1,6 раза и составляет не более 0,38–0,39 ребёнка в семье. Установки молодёжи на идеальное число детей в семье, сохраняющиеся на уровне  $(2,24 \pm 0,01) - (2,249 \pm 0,017)$  ребёнка, в настоящее время не могут обеспечить устойчивый переход к простому и далее к расширенному воспроизводству населения. В перспективе, со вступлением активный репродуктивный возраст сегодняшних подростков, рождаемость неизбежно упадёт, что при отсутствии своевременных мер может повлечь резкое усугубление депопуляционных процессов. Остро необходимы дополнительные меры по стимулированию роста установок молодёжи на идеальное число детей в семье [1].

Результаты исследования показывают, что уровень социальных факторов риска неблагоприятного репродуктивного выбора (аборт) молодыми женщинами невысок. Среди факторов риска аборта в 15-24 года такие субъективно значимые для женщин причины, как материальное положение, отсутствие психологической поддержки партнёра и родителей, возникновение беременности в заведомо нежелательных для женщины условиях. Установлены и объективные, выявляемые методами статистического анализа факторы, а именно: вступление в интимную связь по неадекватным мотивам, под психологическим давлением, в состоянии опьянения; насилие в отношениях с партнёром или в семье родителей. Коррекция указанных объективных факторов риска необходима и возможна, она позволит закрепить регистрируемую в последние годы положительную динамику соотношения аборты-роды, обусловленную адекватными мерами по планированию семьи [2].

Семья и дети оцениваются молодёжью как значимые ценности. Сохраняется установка на традиционный брак. При этом всё более популярным становится «пробный» (34,6% девушек и 29,8% юношей) и «гражданский» (18,7% девушек и 26,8% юношей) браки; 36,5% девушек и 38,5% юношей не считают обязательным регистрировать брак при наступлении беременности. Установки к прегравидарной подготовке, здоровьесберегающему поведению во время беременности, ответственности за аборт в 19–24 года сформированы, и не имеют гендерных различий. При этом динамика коэффициента запланированности первой беременности (с 59,5% до 46,9%) неблагоприятна для репродуктивных установок молодых женщин.

Установлено, что для формирования репродуктивных установок подростка значимы не материальное положение и полнота родительской семьи, но наличие родных братьев/ сестёр: различия в установках подростков на планируемое число детей соответствуют

3, на идеальное число детей - 1,7 рождением на 5 будущих семей. Следовательно, дополнительная поддержка семей с двумя и более детьми до достижения детьми возраста 18 лет, меры по формированию гендерного партнёрства, ответственного родительства, психологической готовности к браку и семье, наряду с мерами по планированию семьи, способны оптимизировать состояние факторов риска репродуктивного выбора и низких репродуктивных установок.

При оценке здоровья как значимой жизненной ценности, наблюдается поведенческий риск, более выраженный у юношей. Необходимо усилить контроль за организацией диспансерного наблюдения подростков: менее 50% охвачены групповыми беседами с гинекологом (урологом), каждый десятый осмотр заключается в «ответах на вопросы врача». При росте востребованности здравоохранения для получения информации о репродуктивном здоровье, подростки используют преимущественно анонимные источники.

Каждый пятый подросток испытывал когда-либо суицидальные мысли. Большинство (94%) указывают на наличие в школе психолога, однако обращаемость крайне низкая (15,2% подростков и 1,1% из числа отмечавших суицидальные мысли). За пятилетний период в целом прослеживается положительная динамика в оценках, однако доступность консультации психолога, генетика, сексолога стабильно оценивается молодёжью как недостаточная, что способствует выбору неадекватных моделей поведения по отношению к медицинской помощи. Оценки доступности помощи основного специалиста в 19–24 года удовлетворительны только у девушек (гинеколог:  $6,8 \pm 0,08$  баллов).

Центры, дружественные подросткам, оптимальны для решения задач охраны репродуктивного здоровья. В то же время, необходимы и обоснованы соответствующие организационно-правовые и маркетинговые меры.

Нами впервые установлены и учтены в обосновании метода оценки связанного со здоровьем качества жизни (КЖСЗ) закономерности влияния семьи на поведенческие факторы здоровья подростка. Метод позволяет изучить качество жизни во взаимосвязи с репродуктивным потенциалом, рассчитать интегральный показатель КЖСЗ и уровни его отдельных факторов, получить индивидуальную программу профилактики с прогнозом эффективности, межведомственными мерами и формой коррекции. Показатели КЖСЗ, полученные по данным исследования республиканской выборки подростков, соответствуют высоким значениям у мальчиков и выше среднего у девочек, прогноз оптимальный. Коррекции требуют медико-гигиеническая грамотность, обращаемость за медицинской помощью, питание, физическая активность, риск кризисных психологических состояний. Алгоритм включения метода оценки КЖСЗ под-

ростков и методики оценки медицинской информированности в пре-концептивной подготовке молодёжи в схему организации диспансерного наблюдения подростков позволит обеспечить преемственность, внедрить индивидуальные программы профилактики, даст возможность использовать соответствующие показатели для оценки эффективности профилактических программ, деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни [3].

Только своевременные и целенаправленные меры социального управления в здравоохранении, основанные на медико-социологических данных и концепциях социального управления здоровьем и качеством жизни населения, позволят обеспечить устойчивое демографическое благополучие страны в перспективе.

#### Литература

1. Сурмач, М. Ю. Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности / М. Ю. Сурмач. – Минск: ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.
2. Сурмач, М. Ю. Здоровье молодой семьи. Социокультурные основы / М. Ю. Сурмач. - Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 273 с. (ISBN: 978-3-659-30592-4).
3. Сурмач, М. Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем: монография / М. Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.

## ХИРУРГИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА

*Сушко А.А., Можейко М.А.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Острый гнойный медиастинит относится к числу наиболее тяжелых форм хирургической инфекции. Это обусловлено сложностью анатомического строения средостения, содержащего большое количество жизненно важных органов. Обилие клетчаточных пространств способствует быстрому распространению инфекционного процесса с выраженной общей реакцией организма на фоне тяжелой эндогенной интоксикации. По данным различных авторов, летальность при остром гнойном медиастините достигает 36-78%.

**Цель.** Изучить хирургические способы лечения острого гнойного медиастинита и оценить их результаты.

**Методы исследования.** В клинике 1-ой кафедры хирургических болезней Гродненского медицинского университета на базе торакального отделения Гродненской областной клинической больницы с 1980 по 2014 годы находилось на лечении 99 пациентов с данной патологией. Из них 73 пациентов были мужчины и 26 – женщины. Средний возраст составлял  $47,2 \pm 2,3$  лет.

Первичный медиастинит был диагностирован у 36 пациентов. Причинами его возникновения являлись: травма пищевода при «слепом» бужировании – у 3 пациентов; травма пищевода инород-