

мальное значение у детей с младенческой ограниченной формой атопического дерматита.

5. Состав периферической крови и биохимические показатели имели статистически незначимые различия у больных с различными клиническими формами заболевания.

Литература:

1. Беляева, Л.М. Атопический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков / Л.М. Беляева. – Минск: В.И.З.А.ГРУПП, 2006. – 196 с.

2. Жерносек, В.Ф. Аллергические заболевания у детей: руководство для врачей / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбокова. – Минск: Новое знание, 2003. – 335 с.

3. Торопова, Н.П. Атопический дерматит у детей / Н.П. Торопова // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2003. – № 6. – С. 103-107.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Сурмач М.Ю., Езепчик О.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

Состояние здоровья подростков является индикатором социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы. Меры по укреплению здоровья подростков приобретают в настоящее время особую актуальность на фоне депопуляционных процессов. Так, численность лиц старшего подросткового возраста в Беларуси только за последние пять лет (с 2008 по 2012 годы) сократилась на 23,3%, их доля в структуре населения снизилась до 5,8% в 2012 году с 8,1% в 2000 году [8]. В то же время, именно подростки представляют собой демографический потенциал страны.

Цель данной работы - установить особенности показателей заболеваемости, инвалидности, смертности, физического развития подростков Беларуси, выделить наиболее значимые с медико-социальной точки зрения проблемы данного возраста.

По итогам профилактических осмотров в 2010 году, большинство детей 0-17 лет относятся ко II группе здоровья (48,2%), 28,13% имеют I группу здоровья, 22,4% - III; 1,27% - IV группу здоровья [10]. Среди подростков 15-17 лет практически здоровых (I группа здоровья) в 2009 г. было 26,3% юношей и 24,7% девушек [1]. Доля подростков, имеющих факторы

риска развития заболеваний (II группа здоровья), составляет уже более половины (52,9%) юношей и девушек. С середины 1990-х годов сохраняется тенденция к росту доли подростков 15-17 лет, имеющих хронические заболевания (ежегодный прирост 0,5-1%) [14]. За последние 10 лет выявлены негативные тенденции в показателях физического развития детей: достоверное снижение темпов роста, уменьшение размеров и массы тела, снижение доли подростков с нормальным физическим развитием [12, с.8].

Заболеваемость является основным показателем, характеризующим состояние здоровья населения, в том числе лиц подросткового возраста. Анализ распространенности патологии у 15-17-летних подростков свидетельствует о том, что в данной возрастной группе наблюдаются самые высокие темпы роста показателей заболеваемости. Уровень общей заболеваемости 15-17-летних подростков в 1,4 раза выше того же показателя у взрослых [2].

Нами проведен анализ заболеваемости детей и подростков по данным официальных статистических сборников Республики Беларусь за период с 2008 по 2011 годы. Общая заболеваемость лиц в возрасте 0-17 лет выросла за рассматриваемый период времени на 10,6% и составила в 2011 г. 219463,5 на 100 тыс. населения данного возраста (в 2008г. - 198352,9 на 100 тыс. населения). Уровень первичной заболеваемости лиц в возрасте 0-17 лет увеличился еще более значительно (на 13,4%) и составил 185034,7 на 100 тыс. населения (в 2008г. - 163136,0). Вклад первичной заболеваемости в структуру общей заболеваемости составил в 2008г. 82,3%, в 2011г. - 84,3%. Общая заболеваемость детей 0-17 лет на протяжении рассматриваемого периода стабильно выше (в 1,55 раза) того же показателя у лиц 18 лет и старше. Наиболее значительный рост общей заболеваемости детей регистрировался по таким классам болезней, как врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (на 23,9%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (на 19%), болезни органов дыхания (на 17,7%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 15,8%). Структура общей заболеваемости изменилась, однако формируется в целом теми же основными классами заболеваний. Первые два места в ряду «лидеров» общей заболеваемости остались за последние 5 лет без изменений (болезни органов дыхания - более 61%, болезни глаза и его придаточного аппарата - 5,1%). На третье место в 2011 году (с четвертого в 2008) поднялись травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействий внешних причин. Болезни органов пищеварения, занимавшие в 2008 году третье место, опустились в 2011 на четвертое.

Тенденция к росту общей заболеваемости у подростков регистрируется практически по всем классам заболеваний. В период с 2005 г. по 2009 г. среднегодовой прирост этого показателя у юношей составил 5,8%, у девушек - 5,5% [1]. В структуре общей заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания (1167,1 на 1000 человек). На второе место вышли болезни глаза (183,9 на 1000), на третьем месте - болезни органов

пищеварения (182,2 на 1000), на четвертом – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (93,3 на 1000) [1]. В структуре хронической патологии подростков 15-17 лет лидирующее положение занимают болезни пищеварения, далее следуют болезни органов дыхания, нервно-психические расстройства, врожденные аномалии и болезни органа зрения. По итогам профилактических осмотров в 2010 году, хронические формы патологии, выявленные до достижения подростком 15 лет, обусловили 31,3% от общего числа случаев хронических заболеваний [2].

Первичная заболеваемость подростков за 1995-2010 годы в сравнении с общей выросла еще более значимо: с 92640,2‰ до 130420,0‰ (темпы прироста +40,8%) [2]. За период с 2005 г. по 2010 г. среднегодовой темпы прироста первичной заболеваемости у юношей составил 8,2%, у девушек 8,8%. Вклад первичной заболеваемости в структуру общей заболеваемости в 2010 г. составил 68,7% (в 1995 г. – 65%). Основными классами заболеваний, формирующими уровень первичной заболеваемости, а также «виновными» в её росте, являются болезни органов дыхания (61-72% в структуре заболеваемости), внешние воздействия, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни нервной системы и органов чувств [1; 2].

Подростковый возраст характеризуется как критический этап биологической и психологической перестройки организма, адаптации к новому социальному окружению, период основных проб новых типов поведения, новых социальных ролей, приобретения нового опыта, выстраивания иерархии мотивов [6]. Данные возрастные особенности составляют основу для повышенного риска формирования психических нарушений у подростков. В структуре общей заболеваемости психические расстройства занимают 11-е место, но при этом они являются основной инвалидизирующей патологией среди лиц данной возрастной группы (22,3%) [11]. К проблемам психических заболеваний вплотную примыкает и в значительной мере ее усугубляет проблема психозависимой патологии (алкогольная, наркотическая зависимость, курение, сексуальное аддиктивное поведение и др.), а также рискованного и девиантного поведения, связанных с ними проявлений социально-психологической дезадаптации [3].

Непосредственно обусловлены поведенческими особенностями подростков и проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем. Подростки в наибольшей мере подвержены инфекциям, передаваемым половым путем; на данный возраст приходится половина случаев инфицирования ВИЧ. Наряду с тем, что у 75-86% девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10-15% - гинекологические расстройства, ограничивающие фертильность [12], медико-социальной проблемой остаются аборты и подростковая беременность. Уровень беременностей у девушек 15-19 лет в Беларуси сократился до 34,8 в 2009 г. против 43,9 на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет в 2003 г., но по-прежнему Беларусь относится к числу стран с высокими значениями данного показателя [5]. По данным официальной статистики здравоохранения, из общего числа производимых в Бе-

ларуси абортів на старший підлітковий вік (15-19 років) в 2008 році становило 9,2%, в 2011 г. – 7% [8; 9]. Зменшення загальної кількості абортів відбулося майже на чверть, зменшення частки підліткових вагітностей також високо статистично значимо ($\chi^2=125$, $p=0,00001$). Тим не менше, майже кожен десятий аборт виконується у осіб в віці до 20 років.

Серед показників здоров'я підлітків особа роль належить дитячій інвалідності, оскільки стан здоров'я дітей і підлітків визначає трудовий потенціал суспільства. За даними офіційної статистики здоров'я, з 2008г. до 2011г. показник первинного виходу на інвалідність осіб в віці 0-17 років збільшився на 5,6% (з 16,26 до 17,17 на 10 тис. населення в 2008г. до 17,17 на 10 тис. населення в 2011г.). «Трійка лідерів» причин інвалідності не змінилася. Перше місце в нозологічній структурі первинної інвалідності стійко займають вроджені аномалії, деформації і хромосомні порушення (около 29%); друге – захворювання нервової системи (16,8%); третє – захворювання ендокринної системи, порушення харчування і порушення обміну речовин (10,5%). Четверте місце в 2008г. приходилося на новоутворення (8,8%), в 2011г. його зайняли психічні розлади і розлади поведінки (10,2%) [8; 9]. В 2010 році вперше визнані інвалідами в Республіці Білорусь в віці 15-17 років 281 особа (2005 г. – 520 осіб, 2000г. – 744 осіб). Отже, поряд з деяким зростанням дитячої інвалідності, відслідковується тенденція до зниження первинної інвалідності у підлітків. Тяжкість первинної інвалідності в даній віковій групі нижче, ніж у дітей молодшого віку, за рахунок більш низького удільного ваги дітей-інвалідів з 3 і 4 ступенем втрати здоров'я. Однак серед дітей 15-17 років частка найбільш важкої ступеня втрати здоров'я збільшилася з 5,9% в 2002 році до 11,7% в 2010 році. В віці 15-17 років першою за частотою інвалідизуючої патологією є психічні розлади, другою причиною є новоутворення, третьою – вроджені аномалії, четвертою – захворювання нервової системи і органів чуттів [11].

Порівняння загальної захворюваності підлітків Білорусі і найближчих регіонів Росії (Брянська, Смоленська, Ленінградська області) показує, що захворюваність 15-17-річних дітей в Росії значно нижче, ніж в Білорусі [4]. В той же час, в Росії в останні 5 років відзначається зростання захворюваності дітей до 14 років на 13,1%, підлітків на 15% [16]; а смертність підлітків майже в 2 рази вище, ніж у їх ровесників в Білорусі [7].

Показник смертності в підлітковому віці має тенденцію до зниження, але залишається на високому рівні. Так, в 2010 році рівень смертності в віці 15-19 років в Білорусі становив 1,0 на 1000 осіб серед юнаків і 0,4 на 1000 осіб серед дівчаток (в 2005 г. показник становив 1,1 на 1000 осіб і 0,5 на 1000 осіб відповідно). Рівень смертності вище серед сільських підлітків (1,7 на 1000 осіб

век), чем среди городских (0,4 на 1000 человек) [13]. В структуре причин смертности травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин составляют 78,3%, болезни нервной системы – 5,7%, новообразования – 5,1%, врожденные аномалии (пороки развития) – 3,4%, болезни системы кровообращения – 2,9%. Обращает на себя внимание и тот факт, что рост смертности подростков связан несчастными случаями, травмами и отравлениями. Вызывает обеспокоенность уровень самоубийств среди подростков, который в Беларуси один из самых высоких в мире [15].

Таким образом, здоровье подростков продолжает ухудшаться: сохраняется ежегодный рост как первичной, так и общей заболеваемости, наблюдается хронизация патологии. Снижение показателей первичной инвалидности может рассматриваться в качестве индикатора эффективности мер по диспансеризации. Рост показателей заболеваемости не может являться индикатором неэффективности данных мероприятий, поскольку частота патологии напрямую связана с качеством диагностики. Тем не менее, снижается число абсолютно здоровых детей, расширяется группа риска, растёт доля детей, имеющих хронические заболевания. Снижается репродуктивный потенциал современных подростков.

Литература:

1. Антипова, С.И. Анализ заболеваемости и смертности подростков Республики Беларусь в 2005-2009 гг. / С.И.Антипова, И.И.Савина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №4. – С. 42-57.
2. Глинская, Т.Н. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995-2010гг.) / Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Материалы IX съезда педиатров (17-18 ноября 2011 года) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 2011. – 320 с.
3. Гудинова, Ж.В. Оценка нервно-психического развития подростков с девиантными формами поведения / Ж.В. Гудинова, Е.И.Толькова // Российский педиатрический журнал. – 2010. - №1. – С. 49-51.
4. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – 121 с. - [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.unicef.ru/publication/deti09_rus.pdf. – 01.04.2010.
5. Достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия: Национальный отчет Республики Беларусь. – Минск: НИЭИ Министерства экономики РБ, 2010. - 78 с.
6. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ [Текст]: монография / И.В. Журавлева; Российская Академия наук. Институт социологии. – Москва, 2002. – 240 с.
7. Здоровье подростков как общественная ценность // ADOLESMED.RU – Портал для специалистов, работающих в сфере подросткового здоровья и медицины. - [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://www.adolesmed.ru/teensandpublichealthcare.html>. – Дата доступа: 01.04.2010.

8. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2011 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.: табл.
9. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2008 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – 316 с.: табл.
10. Ключевые аспекты послания Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко белорусскому народу и национальному собранию Республики Беларусь. - Май, 2011. - 24 с.
11. Копыток, А.В. Тенденции формирования показателей первичной инвалидности населения Республики Беларусь / А.В. Копыток, Т.С. Голубева, Т.П. Дубовик, Н.А. Якушина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011 - №3. – С. 12-18.
12. Куликов, А.М. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт /А.М. Куликов, В. П. Медведев. - Санкт-Петербург, 2008. — 80 с.
13. Население Республики Беларусь. Стат. сборник. Нац. статист. комитет РБ. – Минск, 2011. - 474 с.
14. Неверо, Е.Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е.Г. Неверо, Е.Л. Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. - №3 – С. 70-72.
15. О положении молодежи в Республике Беларусь в 2010 году. - Минск, 2011. - 110 с.
16. Огрызко, Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15-17 лет /Е.В. Огрызко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - №4. – С. 16 – 18.

УСТАНОВКИ МОЛОДЁЖИ БЕЛАРУСИ НА КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ КАК ПРИЧИНА ДЕПОПУЛЯЦИИ: ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА

Сурмач М.Ю.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

Согласно данным трёх последних переписей населения (1989, 1999, 2009), за двадцать лет Беларусь потеряла около 648 тысяч человек, что соответствует числу жителей двух областных центров. При этом средняя продолжительность предстоящей жизни выявляет противоположную, положительную динамику. Следовательно, важной причиной уменьшения численности населения Беларуси является недостаточный уровень рождаемости. Только за период между последними двумя переписями – 1999 и 2009 годов, численность детей 0-15 лет в целом по республике уменьшилась почти на 30%, в том числе в сельской местности – на 37,6%; доля де-