



А. С. МЕДВЕДЕВ

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСНОВЫ СИСТЕМЫ
ОЗДОРОВЛЕНИЯ
ДЕТЕЙ**



Аркадий Спартакович Медведев

Методологические основы системы оздоровления детей

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=7073761

Методологические основы системы оздоровления детей / А. С. Медведев.: Минск; 2008

ISBN 978-985-08-0964-3

Аннотация

Книга посвящена поиску путей решения проблемы повышения эффективности оздоровления детей. Представлены теоретические медико-биологические основы процесса оздоровления, определены оптимальные направления реализации методологии оздоровления, обоснованы возможная медико-социальная структура, логическая организация, методы и средства системы оздоровления детей.

Предназначена для организаторов здравоохранения, специалистов, научных сотрудников, работающих над проблемами минимизации медицинских последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, врачей, студентов медицинских вузов.

Содержание

Предисловие	5
1. Обоснование необходимости разработки системы оздоровления	8
1.1. Описание методики проектирования системы	8
1.1.1. Принципы проектирования	8
1.2. Предпосылки для разработки системы оздоровления детей	13
1.2.1. Экономические предпосылки	13
1.2.2. Медико-социальные предпосылки	13
1.2.3. Медико-биологические предпосылки	15
1.3. Анализ эпидемиологической ситуации	18
1.4. Современное состояние системы оздоровления детей	28
Конец ознакомительного фрагмента.	30

Аркадий Спартакович Медведев

Методологические основы системы оздоровления детей

Рецензенты:

заведующий кафедрой Медицинской реабилитации и физиотерапии БГМУ, доктор медицинских наук, профессор В. Г. Крючок;

заведующий кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор Э. А. Вальчук

Предисловие

Уровень общественного здоровья определяется в первую очередь состоянием здоровья подрастающего поколения. В Республике Беларусь в последние годы на фоне неблагоприятной экологической и демографической ситуации показатели здоровья детского населения неуклонно снижаются. В настоящее время (согласно данным Минздрава Республики Беларусь) к 5 классу (дети 10–11 лет) количество здоровых детей снижается на 53,6 %, и только менее половины старших школьников могут считаться абсолютно здоровыми.

Неудовлетворительное положение со здоровьем детей обуславливает постоянные усилия государства по разработке разнообразных медико-социальных мероприятий, направленных на охрану здоровья детского контингента населения страны. Так, на протяжении нескольких лет реализуется Президентская программа «Дети Беларуси». В общеобразовательных школах появились специалисты психологи и валеологи, что дало определенный положительный результат. Министерством образования Республики Беларусь совместно с Министерством здравоохранения Республики Беларусь осуществляются исследования по комплексной оценке воздействий учебных нагрузок и образовательной среды общеобразовательных учреждений на здоровье и функциональное состояние учащихся. Разработаны рекомендации по медико-педагогическому контролю за организацией учебно-воспитательного процесса в начальной школе и двигательного режима школьников в целом. Существенно активизировались в последние годы созданные Министерством здравоохранения Республики Беларусь центры и отделения медицинской реабилитации и профилактики. Однако приходится констатировать, что в силу ряда причин, и прежде всего из-за недостаточной методологической проработки и несовершенного методического уровня, отсутствия квалифицированных кадров и системы их подготовки, реальные возможности данных организаций существенно ограничены, а результаты усилий по охране здоровья детей нельзя признать удовлетворительными.

Особенно рельефно усилия государства по охране здоровья видны на примере детей, проживающих на территориях, подвергшихся негативному воздействию аварии на Чернобыльской АЭС. Одной из основных задач государственной политики в области преодоления последствий чернобыльской катастрофы спустя 20 лет является сохранение здоровья детей, проживающих на этих территориях. Устойчивое развитие медико-социального обеспечения пострадавших регионов является одним из приоритетов государственной политики. В послеаварийный период государством были выделены значительные финансовые средства на строительство новых медицинских учреждений на территориях, подвергшихся негативному воздействию аварии. Ежегодно 97–99 % проживающих здесь детей проходят профилактический осмотр. Более 90 организаций занимаются оздоровлением детей. В настоящее время в республике организовано бесплатное санаторно-курортное лечение и оздоровление 258,5 тыс. детей и подростков. А всего ежегодно санаторно-курортным лечением и оздоровлением в Беларуси обеспечиваются около 850 тыс. детей. Примером детских санаторно-курортных организаций, созданных для приема организованными группами «чернобыльских» детей, являются детские реабилитационно-оздоровительные центры. Они имеют все условия для организации санаторно-курортного лечения и оздоровления, учебно-воспитательного процесса, социально-психологической реабилитации и организации досуга детей. В рамках реализации Президентской программы «Дети Беларуси» в последнее время введены в эксплуатацию спальные лечебные корпуса детских реабилитационно-оздоровительных центров «Полоз», «Ветразь», «Лесная поляна», «Жемчужина», «Птичь», школы оздоровительных центров «Свитанок» и «Пралеска». Но, несмотря на определенную результативность медико-социальных усилий государства по охране здоровья детей, в последние

годы ощущается настоятельная необходимость адаптировать накопленный теоретический и практический реабилитационно-оздоровительный потенциал страны к условиям и задачам сегодняшнего дня. Формирующаяся в последние годы в Республике Беларусь негативная тенденция в динамике эпидемиологической ситуации в целом, недостаточная эффективность медико-социальных мероприятий по снижению заболеваемости делают крайне актуальным поиск научно обоснованных путей сохранения и развития общественного здоровья. Как показала многолетняя практика, используемые сегодня организационно-методические принципы построения процесса оздоровления не позволяют добиться радикального перелома ситуации с общественным здоровьем. Это неизбежно предопределяет концептуальный пересмотр как методологических, так и методических подходов в организации работы по охране здоровья населения. Именно поэтому главой государства поставлены задачи по оптимизации, развитию и совершенствованию системы оздоровления в Республике Беларусь.

Решение проблемы охраны здоровья детей невозможно без последовательного формирования общегосударственной системы оздоровления детского контингента населения страны с выделением этой задачи в качестве самостоятельного, приоритетного направления государственной политики. Государственная отрасль оздоровления детского населения страны как перманентно действующая система должна опираться на научно обоснованные принципы структурно-организационного формирования и медико-социального технологического наполнения. Решение стоящих перед ней задач невозможно без концептуальной разработки новой методологии оздоровления, в рамках которой необходимо дать новую интерпретацию таким фундаментальным медико-биологическим понятиям, как здоровье и болезнь, лечение, реабилитация, профилактика и оздоровление. На основе положений теории адаптации следует разработать классификацию определения уровней здоровья и функциональных состояний в зависимости от степени напряжения регуляторных систем организма. Главная задача – разработка на основе фундаментальных клинко-физиологических подходов теоретических методологических основ направлений, принципов, механизмов организации и функционирования системы оздоровления детского населения страны в современных условиях. Именно это должно стать условием эффективной реализации комплекса мероприятий республиканскими и региональными органами власти, специализированными реабилитационно-оздоровительными и санаторно-курортными учреждениями, научными организациями различной ведомственной подчиненности, а также лечебно-диагностическими учреждениями Минздрава Республики Беларусь, направленных на повышение уровня здоровья детей. Предлагаемая методология оздоровления сформирована в большей части на существующей нормативно-правовой базе в рамках Концепции государственной политики развития санаторно-курортного дела в Республике Беларусь, главным стратегическим направлением которой является охрана материнства и детства, защита прав и охрана здоровья детей.

Предназначена для специалистов, работающих над проблемами минимизации медицинских последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, для руководителей органов всех уровней управления, учреждений здравоохранения, санаторно-курортных организаций реабилитационно-профилактического и лечебно-диагностического профиля различной ведомственной принадлежности, работающих в области детского оздоровления; монография может быть полезна практическим врачам-педиатрам, врачам санаторно-курортных, лечебно-оздоровительных организаций, а также научным сотрудникам при решении научно-практических задач, направленных на сохранение и приумножение здоровья детей. Автор выражает благодарность за оказанную помощь сотрудникам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Республиканского центра по оздоровлению и санаторно-курортному лечению, сотрудникам ГУ «Республиканский научно-практический центр радиацион-

ной медицины и экологии человека», а также сотрудникам Департамента по ликвидации последствий катастрофы на чернобыльской АЭС Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь.

1. Обоснование необходимости разработки системы оздоровления

1.1. Описание методики проектирования системы

Разработка научно обоснованной методологии системы оздоровления невозможна без специальной методики, которая выступает в качестве предписания предполагаемого построения. Методика в системе сложной комплексной деятельности позволяет выделить основную функцию проектирования, выступает в качестве средства построения, как предписание или его программа. Основной методический подход, положенный в основу методики разработки данной методологии, базируется на постулате, что в мировом опыте нет удовлетворяющих во всем образцов исследуемой деятельности (системы оздоровления детей). Поэтому главной методической задачей является создание модели деятельности, соответствующей целому ряду заранее выбранных принципов, например, принципу реабилитационно-профилактической направленности, и заранее определенному месту в общей системе медицинской помощи. При таком подходе методика проектирования является проектом будущей деятельности [52].

Для проектирования методологии системы оздоровления детей был использован метод программно-целевого планирования, в основе которого лежит методика с парадигмой: цель – результат – программа. Основа программно-целевого планирования – управление от целей системы с определением четких критериев оценки промежуточных и конечных результатов. Проект разрабатывался поэтапно и процесс разработки начинался с выявления проблемы на основе системного анализа, доказательной оценки ее приоритетности, разработки системы прогнозов и генеральной цели. Далее проводилась ее декомпозиция, формировалось «дерево целей». Затем разрабатывались мероприятия по реализации и контролю за выполнением проектных мероприятий.

1.1.1. Принципы проектирования

При проектировании методологии для последовательного и гармоничного ее формирования руководствовались рядом научно обоснованных принципов:

1. Определение стратегической цели является первым и главным принципиальным условием проектирования. Стратегическая цель определялась с позиций стратегического планирования, которое является разновидностью программно-целевого и подчиняется его основным закономерностям: цель – результат – программа, но с учетом изменяющихся условий внешней среды. Практика стратегического планирования исходит прежде всего не от «достигнутого», а от «будущего», т. е. ориентируется на то состояние, которое необходимо достигнуть за плановый период. Важной особенностью стратегического планирования является многомерность, многоаспектность процесса и комплексный подход к решению определенной приоритетной проблемы. Так, при создании данной методологии главным направлением решения сформулированной проблемы являлось определение принципов, механизмов и условий **реализации стратегии охраны и укрепления здоровья ребенка** в процессе его жизни. Главным результатом этой стратегии должно быть улучшение демографической ситуации, снижение заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности, увеличение средней продолжительности и качества жизни населения страны.

2. Последовательность и преемственность задач, определяемая стратегией реализации программы, предусматривает последовательность действий для достижения стратегической цели. Чтобы четко определить последовательность и преемственность задач, являющихся важным звеном в системе достижения целей, необходимо было сформировать «дерево взаимосвязей» (ДВ) с определением структурных уровней, соответствующих цепочке: цель – направления – задачи – мероприятия. Так, например, в предлагаемой системе научно обоснованных принципов организации медико-социальной реабилитации и профилактики заболеваний определялись три основных направления для достижения генеральной цели (восстановление, сохранение и укрепление здоровья детей):

- 1) выявление исходного уровня здоровья детей (скрининг);
- 2) коррекция здоровья;
- 3) увеличение резервного потенциала здоровья.

3. Этапность реализации задач является логическим продолжением предыдущего принципа и предполагает, что лишь после последовательного решения всех задач данного направления (этапа) возможен переход к решению задач последующего направления (этапа). Так, без решения в полном объеме всех задач первого направления (этапа) невозможна, например, разработка комплекса реабилитационных и профилактических мероприятий (с целью восстановления и увеличения резервов здоровья).

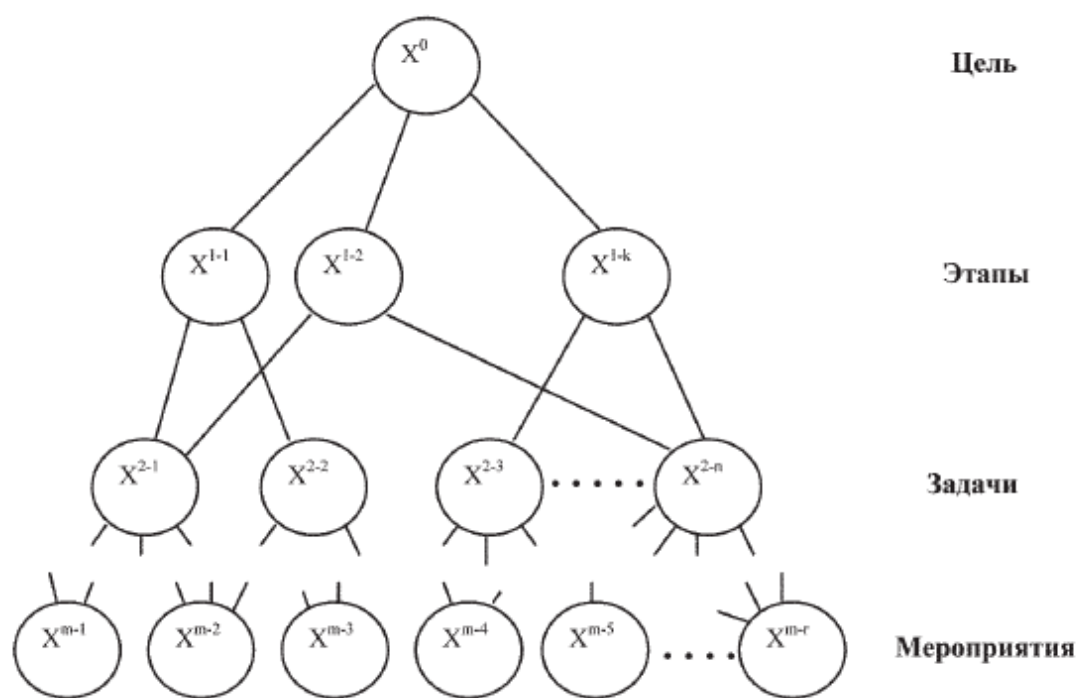


Рис. 1. Общий вид дерева взаимосвязей

Проектирование системы включало в себя следующие основные этапы.

1. постановка проблемы. В качестве основного подхода использовались три основных шага:

а) формулировка проблемы включает в себя описание характеристики разрыва между современным состоянием анализируемой проблемы и нормативом (предпочтительное будущее состояние); фиксацию противоречия, породившего проблему; выделение объекта исследования и его эмпирической области; четкое выделение известного и неизвестного относительно объекта исследования; выделение и упорядочение вопросов, раскрывающих проблему;

б) оценка проблемы включает в себя выделение условий и средств решения проблемы; анализ предпосылок и возможностей решения проблемы; соотношение известного и неизвестного в предпосылках и условиях решения проблемы; определение типа проблемы;

в) обоснование проблемы включает в себя установление связей данной проблемы с другими; формулирование доводов о необходимости и возможности ее решения, а также доводов против ее постановки и решения.

II. Выбор цели (процедура целеполагания). Генеральная цель обозначает направление решения сформулированной проблемы. В генеральной цели сформулированы конкретные и реальные результаты, которые предполагается достичь (социальные, экономические и т. д.). Генеральная цель сформирована в виде целей развития. Под целью развития понимается желательное состояние здоровья детей в будущем как указание на тенденцию в изменении его состояния. В целом достижение цели развития состоит в реализации упорядоченных во времени совокупности подцелей.

III. Разработка структуры системы. После определения цели для последующего проектирования системы использовался метод построения ДВ. Данный метод основан на деагрегировании исследуемой генеральной цели на составные элементы с последующей оценкой их относительной важности и увязкой с ресурсами, исполнителями и временем реализации каждого элемента. Дерево взаимосвязей – это графический рисунок, вершины которого интерпретируются как элементы дерева, а ребра – как связи между ними (цели, задачи, мероприятия, ресурсы и т. д.) (рис. 1).

У ДВ выделяют корень, уровень и ветвь. Основой корня дерева служит генеральная цель программы. Уровень – комплекс элементов ДВ, определенных по одному признаку или основанию, реализация которых обеспечивает выполнение вышестоящего элемента и не зависит друг от друга. Ветвь – комплекс элементов ДВ, определенных по различным основаниям и реализуемых в строгой логической последовательности (от нижних уровней к верхним). Ветви показывают отношения соподчиненности между элементами ДВ.

Для построения ДВ было необходимо:

определение принципа построения структуры системы. При проектировании данной системы использовался принцип декомпозиции генеральной цели (от верхних уровней к нижним). На основе изучения логической структуры целей производится разбивка цели на подцели до уровня, на котором появится возможность связи подцелей со средствами их достижения;

определение способа структуризации системы. Структурные уровни проектируемой системы выделялись по признаку непрерывного жизненного цикла выполняемых функций. При этом определялись уровни ДВ, соответствующие цепочке: цель – этапы – задачи – мероприятия. В структуру ДВ на каждом уровне включались элементы, последовательно конкретизирующие содержание работ, представленных на более высоком уровне. Таким образом, в использованной методике проектирования системы оздоровления детей задействованы три звена композиционной цепочки дерева взаимосвязей: цель, этапы, задачи (рис. 2).



Рис. 2. Дерево взаимосвязей в методике проектирования системы оздоровлен

4. Достаточная широта охвата системы предполагает, что данная система оздоровления детей должна включать в себя максимально возможный спектр диагностических, реабилитационных и профилактических мероприятий как медицинского, так и медико-социального характера. Автоматизация и компьютеризация всей системы, а также обеспечение взаимодействия с системой здравоохранения и медицинского обслуживания детей и подростков позволит охватить превентивными адресными мероприятиями, направленными на сохранение и укрепление здоровья каждого ребенка.

5. Непрерывность реализации системных мероприятий заключается в том, что комплекс разрабатываемых мероприятий по реабилитации и профилактике имеет постоянно действующий во времени циклический характер (системные мероприятия не должны иметь конечную точку во времени). План развития системы согласно этому принципу должен формироваться в виде расширяющейся спирали, которая на новом своем витке включает в себя не только количественное, но и качественное приращение мероприятий. Так, например, реабилитационные мероприятия сменяются профилактическими и включаются в цикл проведения всех медико-социальных, педагогических и психологических мероприятий в санаторно-курортной организации.

6. Саморазвитие системы предполагает, что первоначальный комплекс разработанных методологических, методических основ и основных принципов оздоровления детей, а также направлений деятельности в области детского оздоровления (мероприятий диагностики, реабилитации и профилактики заболеваний) должен быть представлен в таком виде, что он мог бы в определенной степени в дальнейшем развиваться и разрабатываться работниками их реализующими. Методически система должна быть сформирована таким образом, чтобы ее усовершенствование, оптимизация, повышение эффективности, экстенсивное и интенсивное развитие могли бы осуществлять в большей мере сами ее функционеры. Поскольку одним из направлений развития системы является повышение ее оперативности, необременительности диагностических и реабилитационных мероприятий, переход к использованию интегральных показателей, всесторонне отражающих различные параметры уровня здоровья, то сотрудники системы должны быть способны вполне самостоятельно работать в плане дальнейшей ее корректировки и развития.

7. Максимальная информативность предполагает, что методология системы должна базироваться на максимальном количестве информации по медико-социальным и медико-биологическим предпосылкам детского оздоровления; роли санаторно-курортной отрасли в оздоровлении детей; перспективным направлениям развития детского оздоровления; основным методологическим и методическим принципам построения системы оздоровления детей.

8. Органичность внедрения системы предполагает, что механизм построения системы оздоровления детей должен быть сформирован таким образом, чтобы максимально соответствовать существующей нормативно-правовой базе и Концепции государственной политики охраны здоровья населения, развития санаторно-курортного дела в Республике Беларусь, главным стратегическим направлением которой является охрана материнства и детства, защита прав и охрана здоровья детей. Кроме того, важным является максимально полное использование имеющейся базы медико-социальной базы организаций республики для оздоровления детей.

9. Самооценка эффективности заключается в том, что система должна быть сформирована таким образом, чтобы в ней был заложен механизм объективной оценки ее эффективности. Поэтому механизм реализации включает организацию управления оздоровлением детей, механизмы взаимодействия с лечебно-диагностическим стационарно-амбулаторным звеном системы здравоохранения Республики Беларусь, возможные параметры оценки социальной и экономической эффективности системы, инновационное, кадровое, финансово-экономическое обеспечение системы.

10. Внедрение системы предполагает реализацию следующих основных внедренческих установок: системный превентивный подход к оздоровлению; единство оздоровительного процесса и психолого-педагогического сопровождения; плановость и цикличность медико-социальной реабилитации и профилактики; преемственность в организации медико-социальной реабилитации и профилактики детей; адресность реабилитационно-профилактического процесса; оптимизация организационно-структурного и научно-методического обеспечения оздоровления детей; использование обширного арсенала оздоровительных технологий; направленность на количественную оценку резервных возможностей организма ребенка; возможность оценки эффективности мероприятий медико-социальной реабилитации и профилактики; непрерывность реабилитационно-профилактических мероприятий.

1.2. Предпосылки для разработки системы оздоровления детей

Основные предпосылки для разработки системы детского оздоровления можно условно разделить на экономические, медико-социальные и медико-биологические.

1.2.1. Экономические предпосылки

1. Совокупное детское здоровье определяет способность последующих поколений к высокоэффективному труду.

Если рассматривать через призму экономических приоритетов проблему сохранения детского здоровья, следует принять во внимание не только прямые финансовые затраты общества и государства, связанные с оказанием медико-социальной помощи больным детям, но и возникающие в последующие периоды времени производственные и налоговые по медицинским показаниям потери связанные с недопроизводством продукции (НДС, прибыль и т. д.); недоплата в страховые фонды: пенсионный, социальное страхование и т. д. (больной не платит налогов); выплаты страховых социальных пособий нетрудоспособным работникам; финансовые затраты на оказание медико-социальной помощи больным.

Приведенное выше утверждение основано на том, что здоровье детского контингента населения напрямую определяет уровень здоровья взрослого населения и прежде всего трудовых ресурсов общества, так как в подростковом возрасте закладываются основы здоровья взрослого человека. Кроме того, в детский период жизни человека также формируются основные установочные жизненные нормы, во многом определяющие состояние здоровья: образ жизни и поведения, отношение к питанию, физкультуре, курению и к другим факторам риска развития заболеваний. Совокупное детское здоровье в конечном счете определяет качество подготовки последующих поколений к выполнению своих обязанностей в обществе [18, 31].

2. Выплаты страховых социальных пособий больным детям и родителям по уходу.

Последние годы отмечается устойчивый рост не только общей детской заболеваемости, но и рост выплат страховых социальных пособий по уходу за больными детьми. По самым скромным подсчетам выплаты временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком за 2007 г. составили около 150 млн рублей.

3. Затраты на оказание медико-социальной помощи больным детям.

По статистическим данным четверть всех затрат на здравоохранение составляют затраты на оказание медицинской помощи детскому контингенту населения.

1.2.2. Медико-социальные предпосылки

1. Популяционное здоровье детей определяет репродуктивную функцию поколений и демографическую безопасность государства. Особого внимания заслуживает влияние совокупного детского здоровья популяции на репродуктивную функцию поколений, что напрямую связано с демографической безопасностью государства. Низкая рождаемость и рост смертности привели к снижению численности населения. Начиная с 1994 г., абсолютная численность населения прогрессивно снижалась, и к 2004 г. население Беларуси сократилось почти на 300 тыс. человек, или примерно на 3 %. Одной из причин низкой рождаемости и высокой смертности является низкий уровень популяционного здоровья населения, в том числе и детского. В настоящее время при общей положительной динамике наиболее социально значимых показателей здоровья детского населения республики по ряду показателей

сохраняется негативная тенденция. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заболеваемость детей до 14 лет с «первым» в жизни установленным диагнозом в 2006 г. составила 170 652,6 на 100 тыс. детского населения (2005 г. – 168 758,4). Уровни заболеваемости детей остаются высокими, превышая показатели 1993 г. у детей до 14 лет на 58,6 %, у подростков на 55,2 %, а уровни заболеваемости 2005 г. – на 1,1 % и 7,8 % соответственно. Отмечается тенденция к увеличению удельного веса хронической патологии в более ранних возрастных группах. На диспансерном учете по поводу хронических заболеваний состоит каждый четвертый ребенок в возрасте от 0 до 14 лет (25,0 %, 2005 г. – 25,8 %) и каждый третий подросток (35,7 %, 2004 г. – 34,8 %). В последнее время отмечается увеличение среди детей распространенности социально обусловленных болезней – туберкулеза, заболеваний, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, наркомании, токсикомании и др. Особо следует отметить ухудшение состояния здоровья подростков – будущих родителей [23]. Все указанные проблемы наиболее рельефно проявляются в сельской местности.

2. Низкий уровень у населения культуры здоровья. Еще одной важной причиной, предопределяющей существующее положение дел, является низкий уровень у населения культуры здоровья. В обществе сохраняется потребительское отношение к здоровью. Слабо выражена личная ответственность родителей за здоровье своих детей в части его сохранения и укрепления. Повсеместно отмечается крайне низкий уровень гигиенических навыков как у родителей, так и у детей. Не все еще сделано в развитии общественной системы физической культуры и спорта, образования в области формирования культуры здоровья.

3. Отсутствие тесной интеграции всех социальных механизмов общества при решении задачи сохранения здоровья детей. Опыт последних лет убедительно показал: надежда на то, что проблему сохранения здоровья населения можно решить только силами учреждений Министерства здравоохранения, несостоятельна. Органы здравоохранения, нацеленные на оказание помощи больным, не могут решить задачу охраны здоровья в полном объеме. Общеизвестен факт, что на здоровье человека оказывает влияние комплекс различных факторов. Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечено, что здоровье человека на 18–20 % зависит от условий окружающей среды, на 8—10 % – от уровня развития медицины, на 20–22 % обуславливается наследственной предрасположенностью к болезням и на 50–54 % – от образа жизни человека. **Восстановление и сохранение здоровья – результат не специальных медицинских, а скорее перманентных медико-социальных мероприятий, провести которые в полном объеме только силами учреждений здравоохранения представляется крайне затруднительным** [25]. Многолетняя привычка относить задачу охраны здоровья людей исключительно к компетенции органов здравоохранения, межведомственные барьеры и ведомственный монополизм сделали усилия по сохранению и приумножению здоровья детей малоэффективными и во многом предопределили сегодняшнее положение дел.

4. Организация службы охраны здоровья детей недостаточна и не в полной мере решает задачу именно сохранения здоровья и улучшения его качества. В настоящее время по ряду социально значимых показателей здоровья детского населения республики сохраняется негативная тенденция. Надо заметить, что нарастание количества адаптационных расстройств является выражением общей тенденции общественного здоровья в целом. Важной причиной снижения показателей здоровья детского населения (причем во всем мире) является рост количества хронических заболеваний. По данным ежегодного доклада ВОЗ, из 54 млн погибающих от болезней людей 38 млн умирает в результате хронических заболеваний. Неуклонный рост количества хронической патологии среди детей обусловлен в первую очередь неполным «излечиванием» болезней, т. е. не эффективностью реабилитационных и профилактических мероприятий. Следует отметить, что опыт многих зарубежных стран показал: решение задач реабилитации тесно увязывается с задачами профилактики

заболеваний. Именно поэтому в медицинской практике в последнее время реабилитационно-профилактическое направление становится все более значимым [10, 25]. Превентивная медицина и медицинская реабилитация в последнее время переживают подъем, но в полной мере переход от практики лечения больных к эффективному излечиванию и профилактике заболеваний еще не стал преобладающим. Реабилитацией больных детей занимаются врачи самого различного профиля (кардиологи, травматологи, ортопеды, невропатологи, гастроэнтерологи и т. д.) в зависимости от вида первичного заболевания, используя теоретические воззрения и практические реабилитационные приемы в рамках своей узкой специальности. Однако недостаточная эффективность реабилитационных мероприятий в рамках отдельной специальности в последнее время стала достаточно очевидной. На фоне приоритетности борьбы с болезнью, нацеленности на поиск и лечение патологии, вся деятельность по охране здоровья сводится к проведению периодических профилактических осмотров, по сути, к «выбраковке» больных и выделению «групп риска». Органы здравоохранения, нацеленные на оказание помощи больным детям, не могут решить задачу охраны здоровья в полном объеме, во многом еще и потому, что совмещение функций охраны здоровья и оказания лечебно-диагностической помощи больным детям в одной организационной структуре крайне неэффективно. Больной и здоровый ребенок требуют совершенно разных медико-биологических подходов и медицинских технологий, следовательно, разной подготовки медицинских специалистов. Это обстоятельство объясняется не столько слабостью организационно-финансовых механизмов системы здравоохранения в целом, сколько устаревшим методологическим подходом к пониманию биологической сути болезни и здоровья. Опыт последних лет убедительно показал: надежда на то, что проблему сохранения здоровья детского населения можно решить только силами учреждений Министерства здравоохранения, несостоятельна. Современный зарубежный опыт доказывает всю бесперспективность прямой финансовой накачки медицины как отрасли сохранения здоровья. Так, США тратят на здравоохранение 17 % ВВП, 15 % федерального бюджета и 20 % бюджета штатов, при этом показатели заболеваемости и качества здоровья постоянно ухудшаются. Между тем общеизвестно, что на 1 рубль, вложенный в профилактику заболевания и эффективную реабилитацию, приходится 5–7 рублей, истраченных на проведение лечения. Исходя из всего вышесказанного следует сделать неизбежный вывод, что существующей системе здравоохранения в настоящих условиях трудно справиться с обозначенными выше проблемами, а общегосударственной системы охраны здоровья здоровых (условно здоровых) детей просто не существует. Вся система здравоохранения в условиях поиска максимальной экономической и социальной эффективности требует перестройки, изменения приоритетов в своей деятельности, новых методологических, организационно-методических и технологических подходов. Причем этого следует добиваться без привлечения дополнительного финансирования, только за счет рационального использования уже имеющихся ресурсов.

1.2.3. Медико-биологические предпосылки

1. Нарастание экологической нагрузки. Во многом неудовлетворительное положение дел со здоровьем детей объясняется тем, что резко изменилась структура «угроз» детскому здоровью, включающих ухудшение экологической ситуации: относительно высокий уровень загрязнения окружающей природной среды; во многом неудовлетворительное санитарное состояние городов и населенных пунктов. Не везде налажено полноценное обеспечение населения доброкачественными пищевыми продуктами и питьевой водой. Особо разговора заслуживают экологические последствия аварии на Чернобыльской АЭС. В результате чернобыльской катастрофы обширные территории Беларуси на значительном расстоянии от станции оказались загрязненными сложной смесью радионуклидов. Общая

активность выброшенного радиоактивного йода составила около 10 МКи, а цезия – около 2 МКи, что в сотни раз превысило количество радиации от атомных бомбардировок Хиросимы и Нагасаки. Особенности радиационно-экологической ситуации в Беларуси после чернобыльской катастрофы определялись большим территориальным радиоактивным загрязнением, неравномерным, мозаичным, пятнистым загрязнением в пределах даже одного населенного пункта, различным спектром выпавших радионуклидов, биогеохимическими особенностями почв на территории загрязнения более чем в 3300 населенных пунктах Беларуси, в том числе в 27 городах, с численностью населения около 2 млн человек, 26,9 % из которых составляли дети и подростки. Наиболее загрязненными оказались Гомельская (1528 населенных пунктов), Могилевская (866) и Брестская (167) области [41]. Необходимо отметить, что этот период времени характеризовался существенным улучшением радиационной обстановки на территориях, загрязненных радионуклидами, в силу ранее проведенной дезактивации и естественного распада радионуклидов. На сегодняшний день дети, проживающие на этих территориях, не были подвержены острому облучению ^{131}I , так как родились после его распада. Основным дозообразующим радионуклидом на этих территориях в настоящее время является ^{137}Cs .

Главной радиационной особенностью следует считать длительное облучение в малых дозах больших групп населения. Жители этих территорий до настоящего времени по-прежнему подвергаются дополнительному низкодозовому радиационному воздействию, которое характеризуется различным сочетанием внешнего облучения с внутренним от инкорпорированных радионуклидов [8, 19, 24, 28, 35, 50]. В то же время неравномерность загрязнения радионуклидами населенных пунктов и прилегающих мест, биогеохимические особенности почв на территориях загрязнения, обусловившие различные коэффициенты перехода радионуклидов по пищевым цепочкам в организм человека. Одной из множества причин ухудшения состояния здоровья детей является возрастание экологической нагрузки на детский организм. Особенно это ощутимо на территориях, подвергшихся радиационному заражению вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Общеизвестно, что проживание ребенка на загрязненной радионуклидами территории увеличивает риск развития ряда заболеваний, в том числе хронических [7, 13, 14, 15, 22, 24, 27, 40].

Малые дозы ионизирующего излучения изменяют ответную реакцию организма на воздействие различных других постоянных факторов [2, 39, 42, 44]. Известно, что важнейшие биологические системы организма, ответственные за гомеостаз (иммунная, нейроэндокринная и гемопозитическая), являются наиболее чувствительными к влиянию ионизирующего излучения. Радиационные эффекты многокомпонентного и пролонгированного действия ионизирующего облучения усугубились разнообразными факторами социального, психологического и антропогенного происхождения и непосредственно оказали деструктивное воздействие на все стороны жизнеобеспечения и жизнедеятельности человека на загрязненных радионуклидами территориях.

2. «Ослабление» популяционного генотипа. В последние годы отмечается рост генетически детерминированных заболеваний. Нарастает количество врожденной патологии. Повсеместно отмечается генетическое ослабление основных систем гомеостаза.

3. Нарастание психосоциальной нагрузки. Усложнение и интенсификация социальной жизни общества: изменился уклад труда, быта, стереотипы питания. Повсеместное возрастание психосоциальной нагрузки на ребенка: информационная экспансия, алкоголь и наркотики, нарастающая агрессивность молодежной среды, групповое насилие, правонарушения, детский травматизм. В последние 10–15 лет прогрессируют социально обусловленные дефекты здоровья детского населения (дезадаптивные синдромы, социально-экологическое утомление и переутомление, стрессогенные заболевания). Все это является следствием повсеместного возрастания психосоциальной нагрузки на ребенка: информационная агрес-

сия, алкоголь и наркотики, правонарушения, групповое насилие и нежелательная беременность, детский травматизм.

Особо следует остановиться на информационной перегрузке детей, вследствие которой развивается хронический информационный стресс. Следует напомнить, что среди негативных факторов хронический стресс, возможно, является одним из универсальных факторов риска, имеющих отношение к развитию значительного числа заболеваний, особенно психосоматических. Показано, что комплекс стрессирующих факторов, обусловленных информационной перегрузкой на фоне действия других неблагоприятных факторов, негативно воздействует на важнейшие биологические системы организма, ответственные за гомеостаз (иммунная, нейроэндокринная и гемопоетическая). Социально-психологические расстройства проявляются в изменении эмоционального статуса у значительной части детей и подростков, что ведет к истощению защитных нервно-психических механизмов, нарушениям адаптационных систем организма. В результате у многих детей отмечаются снижение уровня психической адаптации, неуверенность в себе, неустойчивая самооценка и пессимистическая оценка будущего. Почти 2/3 обследованных детей испытывают чувство утраты личной безопасности, что само по себе является свидетельством глубочайшей социально-психологической травмы [17, 42, 55]. Организм ребенка находится в состоянии хронического компенсационного напряжения, которое при воздействии дополнительных агрессивных факторов приводит к истощению резервных возможностей и как итог – развитие заболеваний. Литературные данные свидетельствуют, что у 68 % старших школьников отмечаются выраженные изменения со стороны сердечно-сосудистой, центральной нервной систем и желудочно-кишечного тракта, как систем, наиболее чувствительных к стрессорному повреждению.

4. Отсутствие современных фундаментальных клинико-физиологических подходов в методологии охраны здоровья. В рамках проблемы сохранения здоровья детского населения страны Министерство здравоохранения Республики Беларусь уделяет большое внимание вопросам разработки новых теоретических подходов и практических технологий укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний детей. На сегодняшний день отсутствуют научно обоснованные клинико-физиологические основы в создании комплексной общегосударственной системы детской медицинской реабилитации и профилактики заболеваний. Несмотря на кажущееся изобилие самых различных способов оценки функционального состояния человека и оздоровительных технологий, консенсуса ученых по унифицированным методикам донозологической диагностики и коррекции функциональных нарушений пока не достигнуто. Отсутствуют четкие научно обоснованные критерии оценки качества и количества здоровья, а также эффективные методы массовой реабилитационно-профилактической работы со здоровыми (условно здоровыми) детьми. До сих пор не создана модель оказания комплексной превентивной медицинской помощи (оздоровления), предусмотренная стратегией ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 г.», не разработан с позиций доказательной медицины контрольно-разрешительный регламент Минздрава Республики Беларусь по оздоровлению населения страны, нет даже общепринятого научно обоснованного определения здоровья. На настоящий момент имеются объективные экономические, медико-социальные и медико-биологические предпосылки для разработки системы охраны здоровья и оздоровления детей. Разработка комплексной системы охраны здоровья детского населения в Республике Беларусь и общей концепции оздоровления является своевременной и важной и, безусловно, необходима как фактор национальной безопасности и стратегический приоритет развития отечественного здравоохранения.

1.3. Анализ эпидемиологической ситуации

Для обоснования необходимости разработки новых методологических подходов в деле оздоровления детей были проведены выборочные аналитические исследования эпидемиологической ситуации в контингенте детей, проживающих на территориях, подвергшихся негативному воздействию катастрофы на Чернобыльской АЭС, как один из наиболее экологически уязвимых, но наиболее полно обеспеченный медицинской помощью из всего детского населения республики. Для репрезентативного сравнительного анализа нами были взяты контингенты детей Гродненской, Гомельской и Могилевской областей. Два последних региона, относящиеся к так называемой чернобыльской зоне, были выбраны нами в качестве модели для оценки степени влияния на здоровье детей низкоинтенсивного экологического фактора (длительное проживание на загрязненных территориях). Кроме того, масштабная авария на Чернобыльской АЭС обусловила определенные социальные процессы в проживающем на загрязненных территориях населении, что не могло не сказаться на медико-социальном состоянии детского контингента. Следующим фактором, обусловившим выбор именно этого контингента детей, было то, что из всего детского населения страны дети чернобыльской зоны наиболее полно охвачены медицинским наблюдением и медико-социальной помощью. По данным государственных статистических отчетов (Ф. № 15), на начало 2007 г. в Республике Беларусь на специальном диспансерном учете состояло 222 665 детей, из них в наиболее пострадавшей Гомельской области проживало 163 231, а в Могилевской – 22 209 детей.

Дополнительным фактором, обусловившим выбор в качестве региона сравнения Гродненской области, было то, что среднегодовая численность детей в Гродненской области занимает промежуточное положение между Гомельской и Могилевской областями, что позволяет свести до минимума влияние количественного фактора на полученные статистические выводы (табл. 1).

Таблица 1.

Численность детей Гомельской, Могилевской и Гродненской областей

Год	Гомельская область	Могилевская область	Гродненская область
2000	244191	35103	118298
2001	233529	33904	114006
2002	219902	30808	109231
2003	206826	27158	103756
2004	197321	25333	98074
2005	176771	23882	81725
2006	159070	22715	77988

Следует сразу обратить внимание на благоприятную тенденцию в состоянии здоровья детей чернобыльской зоны. За время, прошедшее после чернобыльской катастрофы, в период 2000–2006 гг. среди детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях Гомельской и Могилевской областей, появились положительные тенденции в состоянии здоровья, наиболее выраженные в Могилевской области. Так, доля практически здоровых детей в Могилевской области в 2006 г. по сравнению с 2000 г. увеличилась на 4,9 %

и составила $56,9 \pm 0,33$ %, в то же время доля детей, больных хроническими заболеваниями, уменьшилась на 6,4 % и составила в 2006 г. $9,0 \pm 0,19$ %. В Гомельской области прирост доли здоровых детей в 2006 г. по сравнению с 2000 г. составил 1,7 %, а доля детей, больных хроническими заболеваниями, снизилась на 1,3 %. Необходимо отметить, что в наиболее пострадавшей Гомельской области в 2006 г., как и в предыдущие годы, доля здоровых детей была статистически значимо ниже, чем в Могилевской и Гродненской областях, а доля детей, больных хроническими заболеваниями, существенно превосходила аналогичные показатели в Могилевской и Гродненской областях (табл. 2).

Таблица 2.

Динамика доли диспансерных групп среди детей Гомельской, Могилевской и Гродненской областей за период 2000–2006 гг.

Регион	Диспансерная группа	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Гомельская область	Признано: здоровыми (Д1)	$22,5 \pm 0,09$	$23,0 \pm 0,09$	$23,7 \pm 0,09$	$22,9 \pm 0,09$	$22,2 \pm 0,09$	$22,9 \pm 0,1$	$24,2 \pm 0,11$
	практически здоровыми (Д2)	$59,5 \pm 0,1$	$58,1 \pm 0,1$	$59,4 \pm 0,11$	$59,9 \pm 0,11$	$60,9 \pm 0,11$	$59,7 \pm 0,12$	$59,0 \pm 0,12$
	больными хроническими заболеваниями (Д3)	$18,1 \pm 0,08$	$18,9 \pm 0,08$	$16,9 \pm 0,08$	$17,2 \pm 0,08$	$16,9 \pm 0,09$	$17,4 \pm 0,009$	$16,8 \pm 0,09$
Могилевская область	Признано: здоровыми (Д1)	$32,6 \pm 0,25$	$36,3 \pm 0,26$	$33,8 \pm 0,28$	$32,5 \pm 0,29$	$29,7 \pm 0,29$	$31,2 \pm 0,3$	$34,1 \pm 0,32$
	практически здоровыми (Д2)	$52,0 \pm 0,27$	$49,2 \pm 0,27$	$54,6 \pm 0,3$	$56,4 \pm 0,31$	$60,3 \pm 0,31$	$59,3 \pm 0,32$	$56,9 \pm 0,33$
	больными хроническими заболеваниями (Д3)	$15,4 \pm 0,19$	$14,5 \pm 0,19$	$11,6 \pm 0,19$	$11,1 \pm 0,19$	$10,0 \pm 0,19$	$9,4 \pm 0,19$	$9,0 \pm 0,19$
Гродненская область	Признано: здоровыми (Д1)	$38,2 \pm 0,14$	$37,3 \pm 0,14$	$36,4 \pm 0,15$	$35,9 \pm 0,15$	$36,4 \pm 0,15$	$35,7 \pm 0,17$	$35,7 \pm 0,17$
	практически здоровыми (Д2)	$53,1 \pm 0,15$	$54,2 \pm 0,15$	$54,8 \pm 0,15$	$54,5 \pm 0,16$	$54,2 \pm 0,16$	$55,2 \pm 0,17$	$54,3 \pm 0,18$
	больными хроническими заболеваниями (Д3)	$8,7 \pm 0,08$	$8,5 \pm 0,08$	$8,8 \pm 0,09$	$9,6 \pm 0,09$	$9,4 \pm 0,09$	$9,2 \pm 0,1$	$10,0 \pm 0,11$

Результаты дескриптивного анализа данных об общей заболеваемости свидетельствовали о том, что среди детей, проживающих в наиболее пострадавших от катастрофы на ЧАЭС регионах Гомельской области, в период 2000–2006 гг. общая заболеваемость всеми классами болезней была достоверно выше аналогичного показателя среди детей Могилевской области. Кроме того, дети в Гомельской области чаще, чем дети в Могилевской области, болели болезнями эндокринной системы, в т. ч. болезнями щитовидной железы, сахарным диабетом, задержкой полового созревания; болезнями органов дыхания, в т. ч. острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, пневмониями, бронхиальной астмой; болезнями органов пищеварения; болезнями кожи и подкожной клетчатки; болезнями мочеполовой системы, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде.

Среди детей Могилевской области чаще, чем в Гомельской, регистрировались злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (табл. 3).

Таблица 3.

Общая заболеваемость и среднегодовой темп прироста общей заболеваемости среди детей Гомельской и Могилевской областей за период 2000–2006 гг.

Классы и нозологические формы болезней	Код по МКБХ	Средняя заболеваемость на 100 тыс. детей и ошибка средней						t	Среднегодовой темп прироста, %	
		Гомельская область			Могилевская область				Гомельская область	Могилевская область
Всего	A00-T98	170 198,4	±	3194,5	116 614,7	±	3130,8	12,0	2,2	2,6
Инфекционные паразитарные болезни	A00-B99	8144,8	±	427,5	8004,1	±	290,5	0,3	-4,5	-2,4
Новообразования	C00-D48	329,6	±	18,6	402,0	±	42,9	-1,5	8,0	18,4
злокачественные:	C00-C97	67,4	±	11,8	92,6	±	6,2	-1,9	1,4	8,5
щитовидной железы	C73	8,3	±	4,5	5,5	±	2,0	0,6	-19,8	-15,5
лимфатической и кровяной ткани:	C81-C96	29,4	±	2,1	42,8	±	4,2	-2,8	-6,8	16,7
из них лейкозы	C91-C95	19,8	±	1,5	28,9	±	4,5	-1,9	-6,4	39,1
Доброкачественные новообразования	D10-D36	245,2	±	20,1	309,4	±	38,5	-1,5	13,5	22,3
Болезни крови	D50-D89	2019,3	±	103,1	2502,7	±	129,0	-2,9	6,1	-3,8
Болезни эндокринной системы, расстр. питания и нарушения обмена веществ:	E00-E90	4693,5	±	301,0	2655,6	±	50,2	6,7	-5,1	-1,3
болезни щитовидной железы	E00-E07	3226,6	±	583,4	1458,3	±	121,7	3,0	10,1	-7,6
сахарный диабет	E10-E14	66,4	±	3,0	46,0	±	2,3	5,4	6,4	-1,9

задержка полового созревания	E30.0	33,8	±	1,8	3,8	±	1,4	13,1	-2,5	31,0
Психические расстр. и расстр. поведения	F00-F99	3014,6	±	231,0	2719,8	±	72,2	1,2	6,8	3,2
Болезни нервной системы	G00-G99	6657,9	±	2615,5	4883,1	±	1273,9	0,6	-17,7	-14,1
Болезни системы кровообращения	I00-I99	1766,7	±	118,6	1459,8	±	173,8	1,5	9,5	-9,1
Болезни органов дыхания	J00-J99	99 049,9	±	3036,0	55 944,2	±	2678,2	10,6	3,9	4,2
Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	J00-J06	81 246,8	±	3261,7	47 886,7	±	2431,1	8,2	3,5	2,3
Пневмония	J12-J18	538,4	±	75,5	227,4	±	37,8	3,7	27,7	0,7
Бронхит хронич. и неуточн., эмфизема	J40-J43	186,3	±	48,1	131,6	±	50,9	0,8	-14,8	-17,6
Астма, астматический статус	J45-J46	1396,4	±	96,8	265,6	±	6,6	11,7	10,7	-1,2
Болезни органов пищеварения	K00-K93	13 040,0	±	527,1	10 584,5	±	1091,4	2,0	-3,0	-2,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	6762,1	±	96,9	4684,2	±	249,6	7,8	0,6	5,4
Болезни костно-мыш. системы и соедин. ткани	M00-M99	2474,5	±	157,2	2905,3	±	119,9	-2,2	9,7	1,8
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	3179,1	±	119,4	2274,7	±	57,8	6,8	4,4	1,5
Врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	1918,0	±	124,8	1821,9	±	103,7	0,6	10,0	7,6

В Могилевской области соотношение общей и первичной заболеваемости для злокачественных новообразований составило в 2000 г. 5,6, в 2006 г. – 24,0; для злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей – 11,0 и 12,0 соответственно; болезней щитовидной железы – 4,3 и 4,9; сахарного диабета – 3,8 и 5,0; психических расстройств и расстройств поведения – 3,6 и 4,3; болезней системы кровообращения – 2,5 и 5,0; врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – 4,5 и 5,5 соответственно, что свидетельствует о существенном накоплении хронической патологии.

В период 2000–2006 гг. в Гомельской области были отмечены более высокие темпы прироста хронических болезней. Соотношение общей и первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы составило 7,1 (в Могилевской области – 5,5), злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им

тканей – 7,6 (в Могилевской области – 6,0), болезнями эндокринной системы – 5,9 (в Могилевской области – 3,4), в т. ч. болезнями щитовидной железы – 7,4 (в Могилевской области – 4,0), задержкой полового созревания – 4,1 (в Могилевской области – 1,5). В структуре общей заболеваемости детей Гомельской области более половины всех случаев (58,2 %) приходилось на болезни органов дыхания, на втором месте были болезни органов пищеварения (7,7 %), на третьем – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (4,8 %). Структура общей заболеваемости детей Могилевской области не отличалась от таковой в Гомельской.

Анализ динамики общей заболеваемости среди детей, проживающих в Гомельской области, выявил статистически значимый рост заболеваемости (темпы прироста – $T_{\text{пр}}$) следующими классами и отдельными нозологическими формами болезней: суммарно все классы болезней ($T_{\text{пр}} = 2,2 \%$), новообразования ($T_{\text{пр}} = 8,0 \%$), в т. ч. злокачественные новообразования ($T_{\text{пр}} = 1,4 \%$), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения обмена веществ ($T_{\text{пр}} = 6,1 \%$), болезни щитовидной железы ($T_{\text{пр}} = 10,1 \%$), сахарный диабет ($T_{\text{пр}} = 6,4 \%$), психические расстройства и расстройства поведения ($T_{\text{пр}} = 6,8 \%$), болезни системы кровообращения ($T_{\text{пр}} = 9,5 \%$), болезни органов дыхания ($T_{\text{пр}} = 3,9 \%$), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани ($T_{\text{пр}} = 9,7 \%$), болезни мочеполовой системы ($T_{\text{пр}} = 4,4 \%$), врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения ($T_{\text{пр}} = 14,7 \%$), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин ($T_{\text{пр}} = 5,2 \%$).

В то же время среди детей в Гомельской области общая заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями ежегодно снижалась в среднем на 4,5 %, новообразованиями щитовидной железы – на 19,8 %, болезнями органов пищеварения – на 3,0 %, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде – на 6,0 % (табл. 3).

В динамике общей заболеваемости детей Могилевской области в целом отмечались те же тенденции, что и в Гомельской, однако по отдельным классам болезней среднегодовой темп прироста был существенно выше. Так, если в Гомельской области среднегодовой темп прироста новообразований составил 8,0 %, то в Могилевской – в 2,2 раза выше (18,4 %), злокачественными новообразованиями 1,4 % и 8,5 % соответственно. В Могилевской области по сравнению с Гомельской отмечалась противоположная динамика заболеваемости болезнями системы кровообращения ($T_{\text{пр}} = -9,1 \%$), болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений обмена веществ ($T_{\text{пр}} = -3,8 \%$), симптомами, признаками и отклонениями от нормы, выявленными при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированными в других рубриках ($T_{\text{пр}} = -2,8 \%$).

Уровень первичной заболеваемости детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях Гомельской области, как и общей заболеваемости, был статистически значимо выше, чем среди детей, проживающих в Могилевской, по следующим классам и нозологическим формам болезней: суммарно все классы болезней, задержка полового созревания, болезни органов дыхания, в т. ч. острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, пневмония, бронхиальная астма, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни мочеполовой системы, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

В Могилевской области показатели первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, болезнями крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках были достоверно выше аналогичных показателей в Гомельской области (табл. 4).

В структуре первичной заболеваемости детей Гомельской и Могилевской областей 70,1 % всех случаев приходился на болезни органов дыхания, на втором месте – некото-

рые инфекционные и паразитарные болезни, на третьем месте – болезни кожи и подкожной клетчатки. В Могилевской области структура первичной заболеваемости не отличалась от структуры общей заболеваемости: болезни органов дыхания (59,6 %), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (8,9 %), болезни органов пищеварения (5,9 %).

Динамика первичной заболеваемости детей, проживающих в Гомельской области, характеризовалась ростом заболеваемости по следующим классам: суммарно все классы болезней ($T_{\text{пр}} = 3,1 \%$), в т. ч. новообразования ($T_{\text{пр}} = 20,8 \%$), болезни крови, кроветворных органов ($T_{\text{пр}} = 7,8 \%$), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ ($T_{\text{пр}} = 0,7 \%$), в т. ч. болезни щитовидной железы ($T_{\text{пр}} = 20,9 \%$), сахарный диабет ($T_{\text{пр}} = 10,6 \%$), психические расстройства и расстройства поведения ($T_{\text{пр}} = 6,8 \%$), болезни системы кровообращения ($T_{\text{пр}} = 0,4 \%$), болезни органов дыхания ($T_{\text{пр}} = 3,8 \%$), болезни органов пищеварения ($T_{\text{пр}} = 2,8 \%$), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани ($T_{\text{пр}} = 11,2 \%$), болезни мочеполовой системы ($T_{\text{пр}} = 7,0 \%$), врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения ($T_{\text{пр}} = 19,5 \%$), симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках ($T_{\text{пр}} = 22,9 \%$), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин ($T_{\text{пр}} = 5,2 \%$). В период 2000–2006 гг. в Гомельской области отмечалось снижение заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями ($T_{\text{пр}} = -4,0 \%$), болезнями кожи и подкожной клетчатки ($T_{\text{пр}} = -0,3 \%$), отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде ($T_{\text{пр}} = -6,0 \%$).

В Могилевской области первичная заболеваемость суммарно всеми классами болезней увеличивалась ежегодно в среднем на 3,6 %, новообразованиями – на 10 %, болезнями органов дыхания – на 4,4 %, болезнями кожи и подкожной клетчатки – на 7,3 %, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде – на 14,9 %, врожденными аномалиями, деформациями и хромосомными нарушениями – на 2,8 %, симптомами, признаками и отклонениями от нормы, выявленными при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированными в других рубриках – на 5,1 %, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 0,4 %. По остальным классам болезней отмечалось снижение первичной заболеваемости. Обращает на себя внимание многократное превышение среднегодового темпа прироста первичной заболеваемости в Гомельской области по сравнению с Могилевской по следующим классам болезней: новообразования – в 2 раза, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 30, врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – в 6,8, симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках – в 4,5 раза. По ряду классов болезней в Гомельской и Могилевской областях отмечалось противоположная направленность динамики заболеваемости. Так, в Могилевской области заболеваемость болезнями системы кровообращения ежегодно снижалась в среднем на 13,8 %, в Гомельской – росла на 10,4 % в год, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, наоборот, – в Гомельской области снижалась ежегодно в среднем на 6 %, в Могилевской – росла на 14,9 %.

Таблица 4.

Первичная заболеваемость и среднегодовой темп прироста первичной заболеваемости среди детей Гомельской и Могилевской областей за период 2000–2006 гг.

Классы и нозологические формы болезней	Код по МКБХ	Средняя заболеваемость на 100 тыс. детей и ошибка средней						t	Среднегодовой темп прироста, %	
		Гомельская область			Могилевская область				Гомельская область	Могилевская область
Всего	A00-T98	134 708,4	±	3389,7	88 491,4	±	3448,3	9,6	3,1	3,6
Инфекционные паразитарные болезни	A00-B99	7672,9	±	396,6	7870,1	±	267,6	-0,4	-4,0	-2,0
Новообразования	C00-D48	140,1	±	16,2	128,2	±	15,3	0,5	20,8	10,0
злокачественные:	C00-C97	9,3	±	1,5	13,0	±	2,3	-1,3	6,9	-3,0
щитовидной железы	C73	1,2	±	0,6	1,0	±	0,7	0,2	-16,4	-0,6
лимфатической и кроветворной ткани	C81-C96	3,9	±	0,6	7,1	±	1,1	-2,7	-4,1	2,8
из них лейкозы	C91-C95	2,5	±	0,4	3,5	±	1,1	-0,9	-5,5	-2,5
доброкачественные	D10-D36	127,1	±	15,9	115,2	±	16,2	0,5	22,0	12,2
Болезни крови	D50-D89	1079,6	±	65,6	1440,6	±	76,7	-3,6	7,8	0,0
Болезни эндокр. системы, расстр. питания и нарушения обмена веществ:	E00-E90	789,1	±	42,7	781,4	±	28,3	0,2	0,7	-1,6
болезни щитовидной железы	E00-E07	435,3	±	78,8	360,2	±	53,2	0,8	20,9	-9,7
сахарный диабет	E10-E14	11,2	±	1,1	8,2	±	2,4	1,1	10,6	-11,5
задержка полового созревания	E30.0	8,2	±	0,8	2,6	±	1,6	3,2	0,7	-0,2

Психические расстр. и расстр. поведения	F00-F99	874,4	±	71,8	773,6	±	49,1	1,2	6,8	-1,1
Болезни нервной системы	G00-G99	2862,5	±	1267,5	1813,5	±	667,8	0,7	-18,7	-17,2
Болезни системы кровообращения	I00-I99	455,0	±	38,0	483,5	±	103,7	-0,3	10,4	-13,8
Болезни органов дыхания:	J00-J99	94 438,4	±	2819,0	52 778,9	±	2675,5	10,7	3,8	4,4
острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	J00-J06	81 246,8	±	3261,7	47 886,7	±	2431,1	8,2	3,5	2,3
пневмония	J12-J18	538,4	±	75,5	227,4	±	37,8	3,7	27,7	0,7
бронхит хронич. и неуточн., эмфизема	J40-J43	41,3	±	14,0	35,9	±	16,4	0,3	-17,2	-16,9
астма, астматический статус	J45-J46	199,5	±	8,3	35,7	±	7,6	14,5	-3,5	-5,2
Болезни органов пищеварения	K00-K93	5170,2	±	221,7	5178,7	±	377,1	0,0	2,8	-0,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	5558,8	±	80,8	4183,6	±	257,1	5,1	-0,3	7,3
Болезни костно-мышечной системы и соедин. ткани	M00-M99	1243,4	±	96,4	1292,6	±	78,6	-0,4	11,2	0,4
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	1481,5	±	87,6	1020,4	±	43,5	4,7	7,0	-0,7
Врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	401,9	±	44,4	348,8	±	12,6	1,2	19,5	2,8
Травмы, отравления	S00-T28	4951,5	±	212,6	3505,0	±	281,7	4,1	5,2	12,9

Таблица 5.

Общая заболеваемость и среднегодовой темп прироста общей заболеваемости среди детей Гомельской и Гродненской областей за период 2000–2006 гг.

Классы и нозологические формы болезней	Код по МКБХ	Средняя заболеваемость на 100 тыс. детей и ошибка средней						t	Среднегодовой темп прироста, %	
		Гомельская область			Гродненская область				Гомельская область	Гродненская область
Всего	A00-T98	170 198,4	±	3194,5	149 717,211	±	4920,79	3,5	2,2	4,2
Инфекционные паразитарные болезни	A00-B99	8144,8	±	427,5	7938,648	±	769,80	0,2	-4,5	-8,5
Новообразования	C00-D48	329,6	±	18,6	247,047	±	5,69	4,2	8,0	-2,0
злокачественные	C00-C97	67,4	±	11,8	77,165	±	1,55	-0,8	1,4	0,7
Болезни крови, крове-творных органов	D50-D89	2019,3	±	103,1	3692,637	±	381,28	-4,2	6,1	19,9
Болезни эндокринной системы, расстр. пит. и нарушения обмена веществ:	E00-E90	4693,5	±	301,0	3739,475	±	97,60	3,0	-5,1	-2,8
болезни щитовидной железы	E00-E07	3226,6	±	583,4	2919,769	±	134,51	0,5	10,1	-4,7

сахарный диабет	E10-E14	66,4	±	3,0	55,133	±	4,90	2,0	6,4	14,2
задержка полового созревания	E30.0	33,8	±	1,8	30,574	±	4,98	0,6	-2,5	-9,1
Психические расстр. и расстр. поведения	F00-F99	3014,6	±	231,0	2868,944	±	112,09	0,6	6,8	4,9
Болезни нервной системы	G00-G99	6657,9	±	2615,5	3515,756	±	1199,67	1,1	-17,7	-17,2
Болезни системы кровообращения	I00-I99	1766,7	±	118,6	1014,866	±	88,47	5,1	9,5	-8,0
Болезни органов дыхания	J00-J99	99049,9	±	3036,0	92903,263	±	4850,49	1,1	3,9	7,3
Болезни органов пищеварения	K00-K93	13040,0	±	527,1	8918,763	±	271,13	7,0	-3,0	-0,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	6762,1	±	96,9	5808,296	±	143,37	5,5	0,6	1,4
Болезни костно-мыш. системы и сосед. ткани	M00-M99	2474,5	±	157,2	2516,846	±	190,85	-0,2	9,7	-2,0
Врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	1918,0	±	124,8	1559,787	±	54,00	2,6	10,0	4,6
Травмы, отравления	S00-T28	4951,6	±	212,6	4488,336	±	98,65	2,0	5,2	0,9

Сравнительный анализ общей заболеваемости детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях Гомельской области, и детей, проживающих в «чистой» Гродненской, выявил следующие особенности. В Гомельской области частота развития заболеваний практически по всем классам болезней (новообразования, болезни эндокринной системы, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии, симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках) была достоверно выше, чем в Гродненской области (табл. 5). Существенные различия выявлены и в динамике общей заболеваемости. Так, среднегодовой темп прироста заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в Гомельской области был в 1,4 раза выше, чем в Гродненской ($T_{\text{пр}} = 6,8$ и $4,9$ % соответственно), врожденными аномалиями – в 2,2 раза ($T_{\text{пр}} = 10,0$ и $4,6$ % соответственно). По отдельным классам болезней динамика общей заболеваемости имела противоположную направленность: заболеваемость новообразованиями, болезнями щитовидной железы, болезнями системы кровообращения, болезнями костно-мышечной системы в Гомельской области ежегодно увеличивалась в среднем

на 8, 10,1, 9,5, 9,7 % соответственно, в Гродненской она снижалась в среднем на 2,0, 4,7, 8,0 и 2,0 % в год соответственно (табл. 5).

Уровень первичной заболеваемости новообразованиями, психическими расстройствами и расстройствами поведения, болезнями системы кровообращения, костно-мышечной системы, отдельными состояниями, возникающими в перинатальный период, врожденными аномалиями, симптомами, признаками и отклонениями от нормы, выявленными при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированными в других рубриках среди детей Гомельской области был статистически значимо выше по сравнению с аналогичными показателями в Гродненской.

Динамика первичной заболеваемости среди детей Гомельской и Гродненской областей характеризовалась теми же тенденциями, что и общей заболеваемости: существенный опережающий рост заболеваемости новообразованиями, в т. ч. злокачественными, болезнями щитовидной железы, психическими расстройствами и расстройствами поведения, болезнями системы кровообращения, пищеварения, костно-мышечной системы, врожденными аномалиями в Гомельской области по сравнению с Гродненской (табл. 6).

Таким образом, проведенный анализ эпидемиологической ситуации позволяет сделать следующие выводы:

Во всех трех рассматриваемых регионах отмечался существенный опережающий рост и общей, и первичной заболеваемости по большинству классов болезней. Необходимо отметить тот факт, что, если в Гомельской области отмечен существенный рост экологически обусловленных заболеваний (рост новообразований: среднегодовой прирост – на 20 %), то в Гродненской достоверно росли заболевания стрессогенного происхождения (сахарный диабет – на 18 %).

Уровень общей и первичной заболеваемости отдельными классами и нозологическими формами болезней среди детей Гомельской и Могилевской областях достоверно превосходил аналогичные показатели и Гродненской. Можно утверждать, что выявленные изменения в уровнях и динамике первичной заболеваемости детей нельзя напрямую связать с экологическим радиационным фактором, так как, во-первых, эти дети рождены после катастрофы на ЧАЭС, когда основной источник радиационного воздействия – радиоактивный йод и другие короткоживущие радионуклиды уже распались, и эти дети не были подвержены острому радиационному воздействию; во-вторых, текущие дозы внешнего облучения на загрязненных радионуклидами территориях

Таблица 6.

Первичная заболеваемость и среднегодовой темп прироста первичной заболеваемости среди детей Гомельской и Гродненской областей за период 2000–2006 гг.

Классы и нозологические формы болезней	Код по МКБХ	Средняя заболеваемость на 100 тыс. детей и ошибка средней						t	Среднегодовой темп прироста, %	
		Гомельская область			Гродненская область				Гомельская область	Гродненская область
Всего	A00-T98	134 708,4	±	3389,7	119 236,102	±	750 5,48	1,9	3,1	6,5
Инфекционные паразитарные болезни	A00-B99	7672,9	±	396,6	7166,626	±	671,39	0,6	-4,0	-8,0
Новообразования	C00-D48	140,1	±	16,2	80,797	±	5,71	3,5	20,8	-5,5
Злокачественные новообразования	C00-C97	9,3	±	1,5	9,667	±	1,14	-0,2	6,9	-0,9
Болезни крови, кроветворных органов	D50-D89	1079,6	±	65,6	1621,415	±	160,85	-3,1	7,8	18,4
Болезни эндокр. системы, расстр. пит. и нарушения обмена веществ	E00-E90	789,1	±	42,7	885,298	±	44,23	-1,6	0,7	-4,1
болезни щитовидной железы	E00-E07	435,3	±	78,8	625,042	±	43,94	-2,1	20,9	-5,2

сахарный диабет	E10-E14	11,2	±	1,1	10,471	±	1,41	0,4	10,6	17,8
задержка полового созревания	E30.0	8,2	±	0,8	8,963	±	1,74	-0,4	0,7	12,2
Психические расстройства и расстройства поведения	F00-F99	874,4	±	71,8	598,159	±	43,41	3,3	6,8	0,0
Болезни нервной системы	G00-G99	2862,5	±	1267,5	1498,420	±	775,63	0,9	-18,7	-20,2
Болезни системы кровообращения	I00-I99	455,0	±	38,0	218,582	±	30,24	4,9	10,4	-10,8
Болезни органов дыхания	J00-J99	94 438,4	±	2819,0	85 688,414	±	6780,78	1,2	3,8	9,7
Болезни органов пищеварения	K00-K93	5170,2	±	221,7	4983,352	±	236,07	0,6	2,8	-2,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	5558,8	±	80,8	5075,424	±	254,40	1,8	-0,3	2,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	1243,4	±	96,4	935,593	±	122,92	2,0	11,2	-4,1
Врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	1918,0	±	124,8	1559,787	±	54,00	2,6	10,0	4,6
Травмы, отравления	S00-T28	4951,6	±	212,6	4488,336	±	98,65	2,0	5,2	0,9

в настоящее время не превышают естественного фона. Вероятно, что выявленные изменения в уровнях и динамике заболеваемости детей Гомельской, Могилевской и Гродненской областях, можно объяснить тем, что на этих территориях по-прежнему осуществляется ежегодная диспансеризация, способствующая более полному и раннему выявлению различной патологии (эффект скрининга). Кроме того, на загрязненных радионуклидами территориях после чернобыльской катастрофы серьезно претерпела изменения социальная ситуация: существенно изменен привычный уклад жизни населения, что не может не сказаться на его здоровье.

Особо следует отметить факт роста количества хронических заболеваний в Гродненской области. Это может свидетельствовать о неполном «излечивании» больных детей.

На протяжении последних лет динамика состояния здоровья детей, проживающих в Гомельской и Могилевской областях, имеет слабо положительную тенденцию и отрицательную – в Гродненской. Этот факт, вероятно, можно объяснить теми усилиями, которые предпринимаются государственными медико-социальными службами по оздоровлению детского населения чернобыльской зоны и отсутствием таковых в Гродненской области.

Все приведенное выше свидетельствует о том, что система медико-социальных мероприятий, направленных на оздоровление детей – именно тот путь, который может привести к качественному изменению обстановки с совокупным детским здоровьем. Но столь малая эффективность предпринимаемых на протяжении последних лет усилий может объясняться не эффективным, устаревшим методологическим и организационно-методическим подходом к организации процесса оздоровления.

1.4. Современное состояние системы оздоровления детей

В контексте разработки методологии процесса оздоровления детей необходимо рассмотреть роль и место реабилитационно-оздоровительной помощи в деле организации детского оздоровления, на примере контингента детей, проживающих на территориях, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС.

Система реабилитационно-оздоровительных мероприятий реализуется учреждениями санаторно-курортной направленности. Санаторно-курортная база Беларуси представлена 101 организацией на 24,1 тыс. мест, из них: 71 санаторий (в том числе 9 детских санаториев), 14 детских реабилитационно-оздоровительных центров, 16 студенческих санаториев-профилакториев. Первая категория присвоена 57 санаторно-курортным организациям, вторая – 29, третья – 15 санаторно-курортным организациям.

В санаторно-курортных организациях республики успешно проходят лечение дети с различными заболеваниями (болезни системы кровообращения, нервной, эндокринной, мочеполовой, костно-мышечной систем, органов дыхания и пищеварения, болезни кожи). Санаторно-курортное лечение детей с различной патологией проводится с преимущественным использованием природных лечебных факторов (минеральных вод для питьевого лечения и бальнеотерапии, грязелечения, дозированной климатотерапии), преформированных лечебных факторов в комплексе с диетическим сбалансированным питанием. С целью обеспечения непрерывности обучения учащихся, выезжающих на санаторно-курортное лечение и оздоровление во время учебного года, в здравницах организован учебно-воспитательный процесс.

В области санаторно-курортного оздоровления детского населения действуют нормы диагностических и лечебно-реабилитационных услуг (процедур), утвержденные распоряжением Министерства здравоохранения. Научно-методическое сопровождение деятельности санаторно-курортных организаций и консультативная помощь оказывается высшими учебными заведениями и научно-исследовательскими институтами республики. Важнейшими принципами организации санаторно-курортной помощи является ее доступность, социальная гарантированность, плановость, высокая эффективность и использование природных лечебных факторов.

Реализацию государственной политики в области санаторно-курортного лечения и оздоровления населения Республики Беларусь осуществляет Республиканский центр по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения, созданный Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 17 сентября 1997 г. № 1225. Центр осуществляет взаимодействие с республиканскими органами государственного управления, местными исполнительными и распорядительными органами, Федерацией профсоюзов Беларуси, иными собственниками санаторно-курортных и оздоровительных организаций. Приоритетными направлениями и санаторно-курортной помощи: обеспечение санаторно-курортным лечением больных детей, инвалидов и граждан, пострадавших от чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий, аварий и военных конфликтов, а также больных трудоспособного возраста по основным инвалидизирующим заболеваниям.

В настоящее время в республике в соответствии с законодательством организовано бесплатное санаторно-курортное лечение и оздоровление 258,5 тыс. детей и подростков. Более 90 организаций занимаются их оздоровлением. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 4 ноября 2006 г. № 1478 утверждена Концепция санаторно-курортного лечения и оздоровления населения Республики Беларусь. В ней определены пути даль-

нейшего развития и совершенствования системы санаторно-курортного лечения и оздоровления населения.

По результатам медицинского отбора на санаторно-курортное лечение около 80 % детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, признавались нуждающимися в санаторно-курортном лечении. Обеспечение оздоровления и санаторно-курортного лечения детей, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей-инвалидов регламентируется рядом нормативных правовых актов:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.