

УДК: 613.95:371](477.83)

МОНІТОРИНГ ТА ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ДАНИХ ЩОДО ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Аранчій О.В., Гуцук І.В.***

** ДЗ “Рівненська обласна санітарно-епідеміологічна станція”*

*** Головне управління Держсанепідслужби у Рівненській області, м. Рівне*

Актуальність. Загальновідомі фактори середовища життєдіяльності людини, які в тій чи іншій мірі здійснюють негативний вплив на населення, найбільший свій прояв мають в дитячому та підлітковому віці, у т. ч. за рахунок недотримання вимог санітарного законодавства у дитячих та підліткових закладах. Адже, навчальне середовище, у яке щодня потрапляють діти, є складною багатокомпонентною системою, яка включає у себе умови навчання, медичного обслуговування, фізичного виховання, забезпечення харчовими продуктами та безпечною питною водою [1]. Як свідчать перевірки дотримання вимог санітарного законодавства у дитячих та підліткових закладах, створені умови у них не завжди мають позитивний вплив на стан здоров'я дитини.

Мета роботи полягала у вивченні та оцінці даних щодо захворюваності дітей та підлітків у Рівненській області, умов їх виховання та навчання. В ході виконання роботи проводився збір, систематизація та аналіз даних стану захворюваності, поширеності, інвалідності серед дітей та підлітків; відповідність умов їх виховання та навчання гігієнічним вимогам тощо. При цьому використовувались гігієнічні, епідеміологічні, санітарно-хімічні, санітарно-мікробіологічні, санітарно-фізичні, статистичні методи досліджень.

Результати досліджень та їх обговорення. Медичні огляди, збір даних, аналіз патологічної враженості та неінфекційної захворюваності дитячого населення області проводиться щороку педіатричною службою лікувально-профілактичних закладів, медичними працівниками дитячих установ, при цьому, фахівцями СЕС визначаються заклади з високим рівнем захворюваності, що дає змогу зробити оцінку стану здоров'я дитячо-

го населення по окремих населених пунктах чи навчальних закладах.

В ході досліджень було встановлено, що з 1990 року по 2005 рік в області чисельність дитячого населення у віці до 18 років зменшилась майже на 18,5 тис. З 2005 року і до тепер відмічається позитивний природний приріст, який зріс з $-1,4$ до $+2,1$. Ситуація покращилась, в основному, за рахунок сільського дитячого населення області, питома вага якого у структурі всіх дітей становить 55-56%. Зростання чисельності дітей зумовлює перевищення проектної потужності дошкільних закладів та визначає гостру потребу у будівництві нових чи реконструкції існуючих дошкільних закладів, особливо у сільській місцевості.

Покращення показника охоплення дітей дошкільною освітою, в першу чергу, вирішується за рахунок відкриття груп з короткотривалим перебуванням дітей до трьох годин. З 2009 року у районах області, приділяється велика увага влаштуванню дошкільних груп з короткотривалим перебуванням дітей (до 4 годин) на базі навчальних закладів, які відвідують переважно діти 5 років для підготовки до навчання у школі, що передбачене змінами внесеними до Закону України “Про дошкільну освіту” та положенням “Про дитячий дошкільний навчальний заклад”.

Під диспансерним наглядом перебувають 115418 дітей, що складає 27% від їх загальної кількості, які проживають на території області. Фактично кожна третя дитина потребує особливого контролю за станом свого здоров'я в умовах навчального закладу.

З впровадженням Постанови КМУ від 08.12.2009 року № 1318 “Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів” визначено, що обов'язкові медичні огляди повинні проводитись щороку в ліку-

вально-профілактичних закладах у присутності батьків чи осіб, що їх замінюють. Такі зміни у законодавстві не вплинули на охоп-

лення профілактичними медичними оглядами і тому, відсоток охоплення у області становить 99,9%.

Структура захворюваності дітей від 0 до 17 років у 2011 році на території Рівненської області

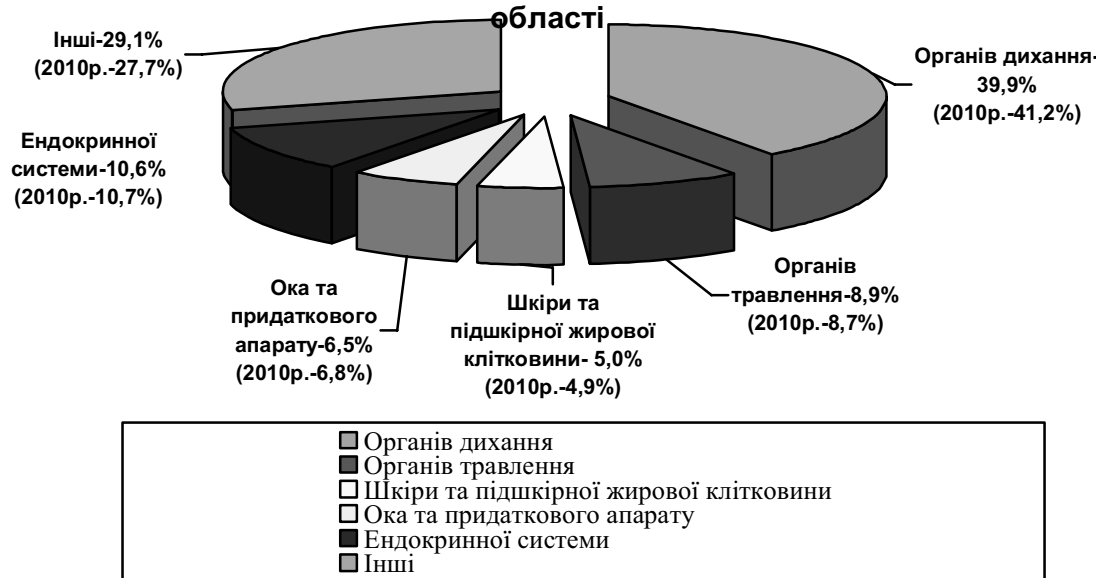


За даними профілактичних медичних оглядів щодо поширеності захворювань перше місце посідають хвороби органів дихання і становлять 7996,9 на 10 тис. дитячого населення. На другому місці – хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин-2129,4 на 10 тис. дитячого населення. На третьому місці – хвороби органів травлення, поширеність яких складає 1796,6 на 10 тис. дитячого населення.

Серед патологічних станів дітей у віці від 0 до 14 років перше місце посідає зниження гостроти зору, що становить 57,9 на 1000 дитячого населення. На другому місці – порушення постави – 43,4 на 1000 дитячого населення. Третє місце посідають сколіози – 26,0 на 1000 дитячого населення.

Серед дітей дошкільного віку високі показники патологічної враженості обумовлені дефектами мови – 23,1 та зниженням гостроти зору – 12,0 на 1000 дитячого населення.

Структура поширеності захворювань серед дітей від 0 до 17 років у 2011 році на території Рівненської області



В області основна маса першокласників іде до школи у віці 6-ти років – 82,0%, 7-ми років – 11,2%, 5-ти років – 6,5%, 8-ми років – 0,2%. Дані профілактичних медичних оглядів школярів, які пішли до школи у віці 6 років і 7 років свідчать, що здоров'я першокласників семирічного віку значно гірше та суперечать науковим обґрунтуванням [2] щодо зрілості дитячого організму і більшої готовності до школи дітей у віці 7-ми років. Слід зазначити, що традиційним, відповідно до законодавства, є вік першокласників 6-річок, а з семи років у сучасних умовах ідуть до школи діти, які мають відхилення у стані здоров'я.

Ефективній адаптації першокласника в умовах навчального закладу сприяють навчальне навантаження відповідно до фізіологічних особливостей організму, денний сон та відпочинок, організація гарячого харчування тощо [2]. Якщо на сьогодні вирішена проблема забезпечення учнів початкової ланки безоплатним гарячим харчуванням, то влаштування приміщень групи продовженого дня учнів першого класу та організації денного сну і відпочинку залишається актуальним. Наприклад, лише для 11,5% першокласників організований денний сон та відпочинок.

Таблиця. Частота патологічних станів, виявлених при медичних оглядах дітей за різними віковими категоріями у 2011 році.

№	Вікова категорія	Зниження гостроти слуху		Зниження гостроти зору		Дефекти мови		Сколіози		Порушення постави	
		а. ч.	на 1 тис.	а. ч.	на 1 тис.	а. ч.	на 1 тис.	а. ч.	на 1 тис.	а. ч.	на 1 тис.
1.	Діти дошкільного віку	91	0,8	1228	12,0	2357	23,1	192	1,8	493	4,8
2.	Першокласники у 6 років	55	5,0	712	64,2	1026	92,6	139	12,5	335	30,2
3.	Учні 2-8 класів	318	2,9	8831	81,3	1411	13,0	2343	21,6	7622	70,3
4.	Учні 9-11 класів	32	1,7	842	44,7	39	2,1	744	39,5	770	40,9

Підсумовуючи результати аналізу частоти патологічних станів виявлених при медичних оглядах дитячого населення за різними віковими категоріями (діти дошкільного віку, учні середньої ланки та учні 9-11 класів), слід зазначити, що зниження гостроти зору у період з дошкільного віку до 9-11 класу зростає в 3,7 рази (з 12,0 до 44,7 на 1000 дитячого населення). Аналогічна ситуація зі сколіозами та порушеннями постави, захворюваність на 1000 дитячого населення відповідно зростає в 22 і 8,5 разів або з 1,8 до 39,5 та 4,8 до 40,9 на 1000 дитячого населення. Отже, якщо до шести років кожна 85 ди-

тина у області має захворювання органів зору, то у випускних класах школи – кожна 10.

В області зросло число дітей-інвалідів показник інвалідності складає 237,5 на 10 тис. населення. Серед захворювань, що призвели до інвалідності вроджені аномалії, питома вага яких у структурі дитячої інвалідності займає I місце, становлять 80,6 на 10 тис. дитячого населення. На II місці хвороби нервової системи, питома вага яких не зменшується і складає 34,6 на 10 тис. На III місці – діти з розладами психіки та поведінки, питома вага у структурі дитячої інвалідності становить 26,3 на 10 тис. дитячого населення.

За результатами проведених профілактичних медичних оглядів у закладах інтернатного типу діти-інваліди складають 15,2% від їх загальної кількості. Серед неінфекційної захворюваності у таких дітей I місце посідають захворювання ендокринної системи, II – розлади психіки та поведінки, III – хвороби нервової системи. Серед патологічної ураженості на I місці – дефекти мови, на II – порушення постави, на III – зниження гостроти зору. За групами здоров'я вихованці інтернатних закладів розділені наступним чином: I група здоров'я – 33,2%, II – 37,5%, III – 18,8%, IV – 7,3%, V – 3,2%. За групами з фізичного виховання 59% віднесені до основної групи, 17% – до підготовчої, 16% – до спеціальної та 8% – звільнені.

У ході здійснення держсанепіднагляду за виконанням ст. ст. 59, 62 “Основ законодавства України про охорону здоров'я” та ст. 20 Закону України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” у загальноосвітніх навчальних закладах області проведений аналіз санітарно-гігієнічних умов навчання та режиму навча-

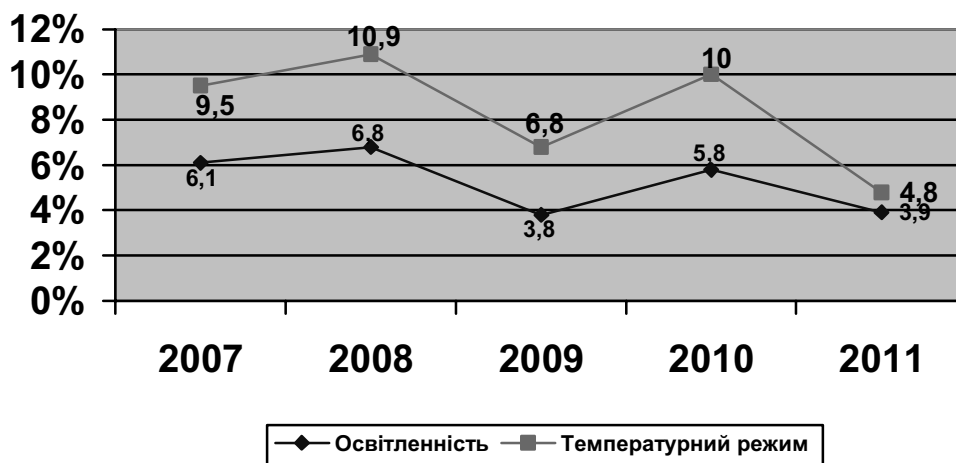
льної діяльності школярів, визначені чинники, які можуть впливати на стан здоров'я дітей, що дає змогу сформулювати пріоритетні напрямки щодо профілактики даних захворювань.

Зокрема, слід зазначити, що при оцінці умов навчання, виховання, медичного обслуговування, організації харчування спостерігається деяка тенденція до покращення їх стану. Разом з тим, є ще достатня кількість закладів, де немає всіх необхідних санітарно-гігієнічних умов для навчання та виховання школярів:

- 40% шкіл розміщені у пристосованих приміщеннях, а 2% знаходяться у незадовільному санітарно-технічному стані;
- 37% шкіл не забезпечені внутрішніми санвузлами;
- 57% – є каналізованими на вигріб;
- у 67% шкіл відсутні внутрішні окремі санвузли для початкової ланки школярів тощо.

Значне місце серед факторів, що можуть незадовільно впливати на стан здоров'я дітей, займають невідповідні гігієнічним нормативам рівні освітленості та мікроклімату.

Невідповідність рівнів освітленості та температурного режиму у дитячих і підліткових закладах у 2007-2011 роках



У області 21,6% загальноосвітніх навчальних закладів та 4,5% шкіл не підключені до центрального опалення та котелень, мають пічне опалення. У структурі дитячих та підліткових закладів найвищі показники невідповідності параметрів мікроклімату реєструються у приміщеннях дитячих садків – 8,4% та шкіл – 6,75%.

Викликає занепокоєння гіподинамія учнів, яка у свою чергу обумовлена недостатнім рівнем організації фізичного виховання та малорухливим способом життя. Майже для 50% школярів області уроки з фізичного виховання проводяться у пристосованих умовах (спортивні кімнати та площадки), лише 53% шкіл мають спортивні зали. Забезпечення спортивним інвентарем складає

75%, при цьому 45% спортивного інвентаря не використовуються по причині зношеності.

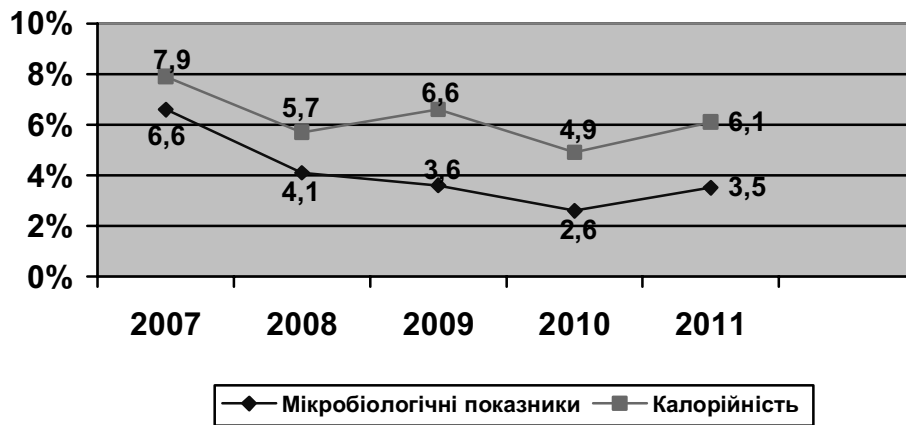
Серйозною проблемою залишається забезпечення питною водою гарантованої якості та повноцінним, збалансованим і безпечним харчуванням.

За підсумками 2011 року гігієнічним нормативам за санітарно-хімічними показниками не відповідали 19,7% проб питної води.

В основному невідповідність реєструється по вмісту заліза, мутності та кольоровості через його високий природний вміст у водоносних горизонтах на території області. Перевищення вмісту заліза реєструється

від 2 до 15 разів. У структурі дитячих та підліткових закладів питома вага невідповідності проб питної води становить: у загальноосвітніх навчальних закладах – 26,3%, дитячих дошкільних закладах – 17,0%, закладах інтернатного типу – 18,4%. Найбільш оптимальним вирішенням цієї проблеми є встановлення систем знезалізнення. У області 128 загальноосвітніх навчальних закладів або 18,3% від їх загальної кількості потребують встановлення таких систем. У 160 (23,3%) школах дотримання правил особистої гігієни школярів та питний режим здійснюються за рахунок приносної води.

Невідповідність дослідження харчових продуктів на калорійність та за мікробіологічними показниками у 2007-2011 роках у дитячих і підліткових закладах



47% харчоблоків розміщені у пристосованих з неповним набором приміщеннях. Питома вага охоплення гарячим харчуванням учнів 1-4 класів становить 96%; 5-8 класів – 62%; 9-11 класів – 54%.

За результатами лабораторних досліджень калорійності готових страв 6,1% не відповідає даним меню-розкладки, у 3,5% випадків встановлені відхилення за бактеріологічними показниками.

Аналіз фактичного харчування дітей у організованих колективах свідчить про незадовільне виконання постанови Кабінету Міністрів України від 22.11.2004 року №1591 “Про затвердження норм харчування у навчальних та оздоровчих закладах”. Харчування не можна назвати збалансованим та повноцінним. Переважають харчові продукти з високим вмістом вуглеводів, адже, у меню не включені у достатній кількості риба,

м'ясо, молоко, яйця, кисломолочні напої та сир. Виконання норм харчування на 66% забезпечене за рахунок овочевої продукції, борошняних виробів та круп. Недостатньо організоване дієтичне харчування та проведення штучної “С” – вітамінізації третіх страв.

Високому рівню захворюваності у організованих колективах сприяють низька укомплектованість лікарями-педіатрами та середнім медичним персоналом, їх кваліфікаційний рівень, наявність медичних кабінетів у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах, матеріально-технічне забезпечення. У Рівненській області медичними кадрами забезпечені лише 37% шкіл, у більшості, вся робота покладена на середній медичний персонал, а в сільських школах та садках медичне обслуговування дітей здійснюється у основному фахівцями фельдшерсько-акушерських пунктів. У спеціальних

закладах інтернатного типу не передбачені не забезпечене цілодобове чергування медичного персоналу.

Висновки

На фоні збільшення чисельності дитячого населення Рівненської області, спостерігається стабілізація і незначне зниження показників захворюваності та поширеності захворювань серед дітей у віці 0-17 років, зростають показники патологічної ураженості дитячого населення за такими нозологічними одиницями як порушення гостроти зору, порушення постави та сколіози. Найвищі показники захворюваності та патологічної ураженості серед дитячого населення м. Рівне, Здолбунівського, Острозького та Сарненського районів.

З метою попередження негативного впливу на стан здоров'я дитячого населення області є потреба у приведенні у відповідність до вимог санітарних норм та правил загальноосвітніх навчальних закладів, збільшення кількості дитячих дошкільних закладів, особливо у сільській місцевості за рахунок будівництва нових чи реконструкції існуючих, впровадження регіональних програм, які б забезпечили покращення якості і безпечності питної води та гарячого харчування, забезпечення дитячих та підліткових закладів медичним персоналом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Польша Н. С. Сучасні наукові дослідження з гігієни дитинства і їх значення для практики /Н.С. Польша /Науковий вісник національного медичного університету імені О.О. Богомольця. –2010. –№27. –С. 143-145.
2. Шахненко В.І. Азбука здоров'я молодшого школяра. Посібник для вчителів 1-4 класів. – К.: Центр “Магістр-S” Творчої спілки вчителів в Україні, –1998. –182 с.
3. Збірник “Показники роботи дитячих лікувально-профілактичних закладів Рівненської області за 2007-2008 роки”. –Рівне, –2009. –144 с.
4. Збірник “Показники роботи дитячих лікувально-профілактичних закладів Рівненської області за 2010-2011 роки”. –Рівне, –2012. –144 с.
5. Аналіз санітарно-епідеміологічної ситуації у Рівненській області та показники діяльності санепідслужби за 2007-2011 роки. –Рівне, –2012.

МОНИТОРИНГ И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОВЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аранчий О.В., Гуцук И.В.

В работе приведены результаты исследований заболеваемости среди детей дошкольного и школьного возраста, и гигиеническая оценка факторов учебной среды, которые могут отрицательно влиять на состояние здоровья школьников.

MONITORING AND HYGIENIC ASSESSMENT DATA MORBIDITY IN CHILDREN'S AND TEENAGERS IN THE RIVNE REGION

O.V. Aranchiy, I.V. Guschuk

The results of studies of morbidity among children of preschool and school age, and hygienic assessment of the learning environment factors that may adversely affect the health of school-children.