

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр гигиены»**

**ЗДОРОВЬЕ  
И  
ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА**

**Сборник научных трудов**

**выпуск 23**

**Минск**  
  
**РНМБ**  
**2013**

Главный редактор — доктор медицинских наук, доцент Г.Е. Косяченко  
Ответственный редактор — кандидат медицинских наук, доцент В.Ю. Зиновкина  
Технический редактор — Т.И. Вершило

Редакционная коллегия: Г.Е. Косяченко, д.м.н., доцент; А.П. Ермишин, д.б.н.; С.В. Федорович, д.м.н., профессор;  
А.Г. Мойсеенок, д.б.н., профессор; Я.Э. Кенигсберг, д.б.н., профессор; В.В. Шевляков, д.м.н., профессор; Л.В.  
Половинкин, д.м.н., доцент; С.И. Сычик к.м.н., доцент; Л.М. Шевчук к.м.н.; Е.О. Гузик, к.м.н., доцент; Т.Н. Пронина,  
к.м.н.;

В.Г. Цыганков, к.м.н., доцент; Е.В. Федоренко, к.м.н., доцент; И.И. Кедрова, к.м.н.; Т.М. Рыбина, к.м.н., доцент;  
И.В. Суворова, к.м.н.; Л.М. Кремко, к.хим.н.; О.В. Шуляковская, к. хим.н.; В.А. Зайцев, к.м.н., доцент; С.С. Худницкий,  
к.м.н., доцент; Ю.А. Соболев, к.м.н.; И.И. Ильюкова, к.м.н.; И.П. Щербинская, к.м.н., доцент; Е.В. Дроздова, к.м.н.;  
Е.В. Николаенко, к.м.н.; В.Ю. Зиновкина, к.м.н., доцент; Н.В. Дудчик, к.б.н., доцент; Л.С. Ивашкевич, к.техн.н.

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор Х.Х. Лавинский,  
доктор медицинских наук, профессор И.С. Асаенок

Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены; гл. ред. Г.Е. Косяченко. – Минск, 2013. – Вып. 23. – 328 с.

Сборник статей включает результаты научных исследований сотрудников Республиканского научно-практического центра гигиены, аспирантов, соискателей, докторантов, профессорско-преподавательского состава учреждений образования медицинского, биологического и экологического профиля, учреждений последипломного образования, практической санитарной службы Республики Беларусь, России, Украины, Республики Казахстан, Латвии в области гигиены, токсикологии и профилактической медицины.

В сборнике освещены медицинские и биологические аспекты современной гигиены, токсикологии и профилактической медицины и смежной с ними дисциплин по гигиенической оценке среды обитания человека по воздействию на здоровье, использованию технологии оценки риска, радиационного контроля объектов окружающей среды, в том числе при строительстве АЭС, по токсикологической и гигиенической оценке микробных препаратов, используемых в сельском хозяйстве, по фактическому питанию спортсменов, студентов, учащихся, лиц разных возрастных групп; влияния электронных обучающих средств на функциональное состояние школьников, их умственную работоспособность, адаптацию к образовательному процессу; гигиене профессионального здоровья работников; новым методам контроля объектов окружающей среды; мерам профилактики и коррекции нарушений здоровья.

Сборник предназначен для врачей гигиенистов, токсикологов, профпатологов, врачей общей практики, профессорско-преподавательского состава профильных вузов и кафедр, осуществляющих повышение квалификации кадров, других специалистов медицинского, биологического и экологического профиля, биологов, научных сотрудников, аспирантов, соискателей, докторантов, студентов ВУЗов медицинского, биологического и экологического профиля.

**НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ  
СЕЛЬСКОГО ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ  
(НА ПРИМЕРЕ УЗДЕНСКОГО РАЙОНА МИНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

*Глебо С.З.<sup>1</sup>, Щавелева М.В.<sup>2</sup>, Глинская Т.Н.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Узденская ЦРБ Минской области, Узда;

<sup>2</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск;

<sup>3</sup>РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий, Минск, Беларусь

**Реферат.** В статье проанализированы некоторые результаты обязательных медицинских осмотров сельского трудоспособного населения (1389 человек). Кроме того, на лиц, прошедших данные осмотры, собиралась дополнительная информация из первичной медицинской документации. Комплексный анализ позволил дать углубленную оценку состояния здоровья трудоспособного сельского населения и переложить ряд организационных мероприятий, направленных на улучшение здоровья трудоспособного сельского населения.

**Ключевые слова:** группа динамического наблюдения, факторы риска, профилактические осмотры.

**Введение.** Особенностью демографической ситуации в Республике Беларусь на протяжении второй половины XX в. являлось сочетание двух разнонаправленных процессов: прирост общей численности населения при одновременном снижении количества сельских жителей [1]. Однако в 1989–1999 гг. (период между переписями населения: последней всесоюзной и первой национальной) эти демографические процессы приняли одностороннюю направленность: снижение численности сельского населения продолжалось уже на фоне убыли всего населения нашей страны. Таким образом, в течение второй половины прошлого и начале этого века в сельских районах сложилась довольно сложная медико-демографическая ситуация. Доля сельских жителей в структуре населения снизилась с 69,2% (первая послевоенная перепись населения БССР в 1959 г.) до 25,7% (данные переписи, прошедшей на территории Республики Беларусь в 2009 г.), Исключением является только Минская область, где доля сельских жителей приближается к 45% (таблица 1).

Таблица 1 — Динамика демографической ситуации в сельской местности республики по результатам переписей населения [2]

Год проведения переписи	1959	1970	1979	1989	1999	2009
Численность сельского населения, тыс.чел.	5575,2	5101,6	4298,2	3510,4	3083,7	2523,4
Численность населения республики, тыс.чел.	8055,7	8992,2	9532,5	10151,8	10045,2	9503,8
Доля сельского населения в общей структуре населения	69,2	56,7	45,1	34,6	30,7	25,7

На фоне значительного снижения численности сельского населения наблюдается сложная деформация его возрастной структуры (таблица 2).

Таблица 2 — Доля населения республики относительно трудоспособного возраста, в т. ч. сельского, в 1959 и 2009 гг., % [2]

Население	1959		2009	
	Все население	Сельское	Все население	Сельское
Младше трудоспособного возраста	31	32	16	15
Трудоспособного возраста	55	53	62	53
Старше трудоспособного возраста	14	15	22	31

Село в течение многих лет являлось источником демографического развития городов [2] и в целом нашей страны. Изменение структуры населения в пользу преобладания городских жителей в общей его структуре является закономерным процессом, связанным с модернизацией общества, и реализующим себя через миграцию сельских жителей в город. Однако наблюдаемая деформация возрастной структуры сельского населения нашей страны грозит лишить его возможности воспроизводства. Все это актуализирует проблему сохранения и укрепления здоровья сельских жителей. Немаловажную роль в решении данной проблемы играют диспансеризация и обязательные медицинские осмотры работающих (далее — профилактические осмотры или профосмотры), проведение которых в настоящее время регламентируется постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2010 г. № 47 [3]. Вместе с тем каждый специалист, принимающий участие в этой работе, вся система здравоохранения постоянно сталкиваются с вопросами повышения ее эффективности и качества, совершенствования организационного обеспечения.

**Материал и методы.** Данная статья подготовлена на основании официальных данных Национального статистического комитета Республики Беларусь [4], а также собственного анализа хода и порядка проведения диспансерных и обязательных медицинских осмотров сельского трудоспособного населения, проживающего в Узденском районе Минской области (данные 2011–2012 гг.).

Согласно предложенной в 2008 г. классификации сельских районов республики [1] в зависимости от численности проживающих в них жителей, Узденский район относится к тем образованиям, на территории которых проживает большая часть сельского населения страны (население района на начало 2013 г. составило 32840 человек), т. е. должен рассматриваться как типичный для республики.

Накопителем информации при проведении данной работы являлась специально разработанная нами карта, часть информации для ее заполнения выкопировывалась из «Медицинской карты амбулаторного пациента» (форма 025/у-07) поликлиники ЦРБ и амбулаторий. Карта состоит из двух разделов: «Обращение за медицинской помощью» и «Экспертная

оценка». Заполнение первого раздела карты ориентировано на получение следующих сведений: возраст, пол, социальное положение, место проведения профилактического осмотра, диагноз, факторы риска и место их выявления, осмотры врачами-специалистами, объем обследований в поликлинике, амбулатории, группа здоровья, рекомендации по наблюдению врачами-специалистами в поликлинике, рекомендуемые методы лечения, число посещений в поликлинику по различным поводам.

Второй раздел карты заполнялся на основании комплексной оценки каждого обращения врачом-экспертом (врачом-терапевтом высшей квалификационной категории) с учетом требований нормативных документов по объему обследования и лечения. Также давалось заключение о необходимой периодичности прохождения профосмотров и целесообразных местах их проведения (поликлиника – амбулатория).

Всего было заполнено 2243 карты; большая часть (1389, или 61,93%) — при проведении профилактических осмотров; 38,07% — при диспансерных.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ официальных статистических данных позволил нам еще раз актуализировать проблему сохранения и укрепления здоровья сельского населения, в частности Минской области.

По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь [4] средний возраст сельских жителей на начало 2013 г. составил 44,1 года (мужчин — 40,4 года; женщин — 47,5 года); аналогичные показатели для всего населения — 39,8 года (мужчины – 37 лет; женщины 42,2 года). Население Минской области является «почти самым старым» — 40,6 года, лишь немного уступая в этом показателе Витебской области.

Между тем средний возраст сельских жителей Минской области (42,8 года) меньше среднего возраста сельских жителей республики и каждого региона в отдельности (таблица 3).

Таблица 3 — Средний возраст населения Республики Беларусь, в т. ч. сельского, по областям и г.Минску на начало 2013 г.

Регион	Республика	Брестская область	Витебская область	Гомельская область	Гродненская обл.	Минская область	Могилевская область	Минск
Все население	39,8	39,5	41,2	39,8	40,3	40,6	40,1	38,1
Сельское население	44,1	43,4	45,5	43,5	47,0	42,8	44,6	–

По нашему мнению, значимость проблемы сохранения и укрепления здоровья сельского населения возрастает для Минской области — региона с самым высоким удельным весом сельских жителей; при этом жители региона являются «самым молодым» сельскими жителями республики. Из 1389 человек, прошедших обязательные медицинские осмотры, на которых впоследствии была заполнена разработанная нами карта, доля мужчин составила 51,6% (717 человек), женщин — 48,4% (672 человека). По социальному положению они распределились следующим образом: рабочие — 726 человек (52,3%); служащие — 239 (17,2%), работники сельскохозяйственных предприятий — 334 (24%), учащиеся — 86 (6,2%), работающие инвалиды — 4 (0,3%).

Большая часть профосмотров (1169, или 84,16%) была организована в поликлинике ЦРБ. Потоки пациентов были сформированы следующим образом. По вызову в поликлинику осмотрено 890 пациентов (64,1%), при самостоятельном обращении — 152 человека (10,9%), при направлении из амбулатории — 79 (5,7%), при направлении из фельдшерско-акушерского пункта — 43 (3,1%); в небольшом числе карт были допущены дефекты оформления.

Группы динамического наблюдения пациентов по результатам профосмотров представлены на рисунке.

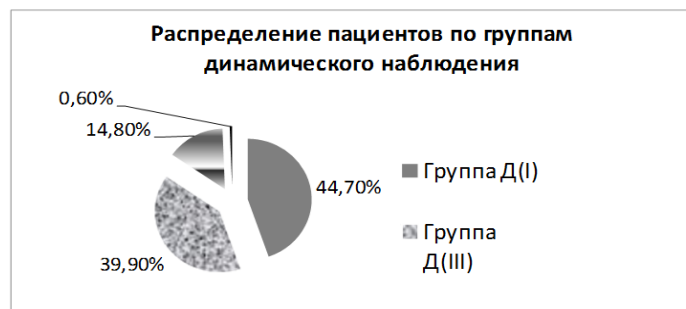


Рисунок — Распределение пациентов по группам динамического наблюдения

Самой многочисленной (44,7%) была «группа здоровых граждан, не предъявляющих жалоб на состояние здоровья, у которых не были выявлены острые, хронические заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем организма...» [5], т. е. группа динамического наблюдения Д (I) — 621 человек. Далее следовала группа граждан, имеющих хронические заболевания (554 человека, или 39,9% от числа прошедших профосмотр) и отнесенных к группе диспансерного динамического наблюдения Д (III). В группу Д (II) «практически здоровых граждан, имеющих в анамнезе факторы риска хронических заболеваний, острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса...» [5] было отнесено 205 пациентов (14,8%). Еще 9 осмотренных (0,6%) составили группу Д (IV) динамического наблюдения — «граждане, имеющие группу инвалидности» [5].

Мужчины преобладали в группах Д (II) — 63,4%, Д (III) — 53,8%, Д (IV) — 55,5% от общей численности каждой группы соответственно. В группе Д (I) 54,3% от ее состава пришлось на долю женщин. По нашему мнению, преобладание

мужчин в группе Д (II) связано с большей распространенностью в их среде таких факторов риска как курение и злоупотребление алкоголем.

Данные о частоте встречаемости факторов риска (ФР) представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Распространенность факторов риска у осмотренных граждан, отнесенных к группам Д (II) и Д (III), на 100 осмотренных

Фактор риска	Курение	Ожирение	Гиперхолестеринемия	Злоупотребление алкоголем	Гипертензия
Граждане группы Д (II)	66,8	24,9	1,5	16,6	–
Граждане группы Д (III)	43,7	17,7	2,0	18,1	44,4

У осмотренных граждан, отнесенных к группе Д (II), наиболее часто встречается такой ФР как курение (66,8 человек на 100 осмотренных); далее по значимости следует ожирение — у 24,9 человек на 100 осмотренных. У граждан, отнесенных к группе Д (III), курение по распространенности (43,7 на 100 осмотренных) «конкурирует» с таким ФР как гипертензия (44,4%); ожирение смещается на 3-е место. Значимых различий в распространенности таких ФР как злоупотребление алкоголем и гиперхолестеринемия у граждан групп Д (II) и Д (III) не выявлено ( $p > 0,05$ ).

При этом распространенность факторов риска в группе Д (III) носит более «агрессивный» характер, чем в группе Д (II) (таблица 5). Если в группе Д (II), один ФР выявлен у 69,3 человек на 100 осмотренных, то в группе Д (III) число таких пациентов значительно снижается ( $p < 0,05$ ), но также значимо увеличивается и число пациентов, у которых присутствует два и более ФР. Немаловажную роль в увеличении частоты «совместной встречаемости» ФР в группе Д (III), по нашему мнению, играет развивающаяся артериальная гипертензия.

Таблица 5 — Частота встречаемости факторов риска у граждан, отнесенных к группам Д (II) и Д (III), на 100 осмотренных

Количество факторов риска	Д (II)	Д (III)
1 фактор	69,3	38,8
2 фактора	14,6	32,0
3 и более факторов	2,4	7,6

При написании данной работы мы не ставили перед собой задачу подробного анализа распространенности хронических заболеваний у пациентов группы Д (III). Вместе с тем экспертная оценка карт выкопировки на граждан, прошедших профилактические осмотры, позволила нам сделать определенные выводы о нуждаемости пациентов с хроническими заболеваниями в наблюдении отдельными специалистами.

Из 545 человек, о которых было принято конкретное экспертное решение, в наблюдении врача общей практики, которое может осуществляться в условиях сельской амбулатории врача общей практики (по месту жительства пациента), нуждалась большая половина пациентов — 67,2%. Еще 16,5% нуждались в наблюдении врача-терапевта, 4,8% — врача-кардиолога, 3,7% — офтальмолога, 3,5% — эндокринолога, 3,0% — хирурга, 2,4% — гинеколога, 1,5% — онколога и т. д. Распространенность таких ФР, как курение и злоупотребление алкоголем требуют решения проблем преемственности с наркологической службой. Полученные результаты используются нами для подготовки соответствующих рекомендаций по совершенствованию схем динамического наблюдения.

#### **Выводы:**

1. Несмотря на то, что в настоящее время наблюдается значительная возрастная деформация сельского населения нашей страны, сельские жители Минской области (исходя из среднего возраста) на сегодняшний день являются «самыми молодыми» по сравнению с сельскими жителями других регионов республики.

2. Обязательные медицинские осмотры работающих, выполненные в Узденском районе Минской области, позволяют констатировать наличие довольно высокого потенциала здоровья у сельского трудоспособного населения: преобладание лиц группы динамического наблюдения Д (I) среди осмотренных.

3. Вместе с тем значительная распространенность факторов риска среди осмотренных, их сочетанность и множественность грозят значительным ущербом здоровью трудоспособного населения.

4. Полноценное динамическое наблюдение более половины трудоспособного населения сельской местности, имеющего хронические заболевания, может быть организовано врачами общей практики.

#### **Литература**

1. Донисевич, А.А. Сельское население Республики Беларусь: динамика численности, некоторые особенности организации первичной медико-санитарной помощи / А.А. Донисевич, М.В. Щавелева // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – № 3. – С. 38–43.

2. Щавелева, М.В. Медико-демографические проблемы сельского населения / М.В. Щавелева // ARSmedica: Искусство медицины. – 2011. – № 10. – С. 99–105.

3. Об утверждении инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь: постановление М-ва здравоохранения от 28 апреля 2010 г. № 47 (с изменениями и дополнениями).

4. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 1 января 2013 года и среднегодовая численность населения за 2012 год: стат. бюл. Нац. стат. комитета Респ. Беларусь. – Минск, 2013. – 183 с.

5. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь: постановление М-ва здравоохранения от 12 октября 2007 г. № 92 (ред. от 01 июня 2011 г.).