

УДК 616.248-058-047.36-053.2 (476)

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Л.Л.Гиндюк, И.Н.Мороз

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Приоритетное направление государственной политики в области здравоохранения – охрана здоровья детского населения как основа демографического, экономического и интеллектуального потенциала страны. Важную роль в сохранении здоровья детского населения играет социально-гигиенический мониторинг, направленный на раннее выявление донозологических состояний нарушения здоровья и их факторов риска, заболеваний, обусловленных факторами среды обитания. Анализ организации социально-гигиенического мониторинга бронхиальной астмы у детей показал, что существующие подходы по проведению сбора, обработки, анализа и оценки данных требуют дальнейшего совершенствования

Ключевые слова: бронхиальная астма; детское население; социально-гигиенический мониторинг.

Введение. Здоровье населения рассматривается как одно из главных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития Республики Беларусь. Первоочередная цель государственной политики в области здравоохранения – создание условий, позволяющих каждому человеку реализовать свое право на охрану здоровья, а одним из основных направлений является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и его будущих поколений.

В последние десятилетия исследователи во многих странах мира обеспокоены увеличением количества аллергических заболеваний среди населения, которые обусловлены, в значительной степени, меняющимися условиями среды обитания [1]. Особую озабоченность у специалистов вызывает рост заболеваемости бронхиальной астмой (далее – БА), так как она является одним из самых распространенных и тяжелых проявлений аллергического процесса, возникновение которого характерно для любого возраста. БА, согласно обновленному определению GINA (Global Initiative for Asthma, 2014), – гетерогенное заболевание дыхательных путей, обычно характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей и относящееся к числу наиболее распространенных заболеваний человека [2]. В мире БА страдают более 300 миллионов человек; по данным экспертов, к 2025 г. ожидается увеличение числа больных до 400 миллионов [3]. Во многих странах

статистика свидетельствует о сохраняющейся тенденции роста заболеваемости, инвалидности и смертности, обусловленных бронхиальной астмой. За последние 20 лет в Европе смертность от БА увеличилась почти в 3 раза, в США ежегодно погибают более 5000 пациентов [4].

Эпидемиологические исследования последних лет, основанные на стандартизированных методах оценки распространенности БА в разных странах мира, в качестве инструмента оценки распространенности клинических проявлений и диагностированной болезни наиболее часто используют вопросник для обследования респираторного здоровья Европейского Сообщества (European Community Respiratory Health Survey – ESRHS, у детей – вопросник ISAAC – International Study of Asthma and Allergy in Childhood). Согласно данным проведенных исследований, число пациентов, имеющих астмаподобные симптомы и диагностированную БА, колеблется от 1 до 25,5%. По данным некоторых авторов, в детской популяции частота данного заболевания колеблется от 5 до 15%. Распространенность БА чрезвычайно варьирует между странами и регионами [4].

Не всегда эпидемиологические исследования, касающиеся распространенности БА, основываются на стандартизированных методах сбора и анализа данных, чаще всего информация базируется на статистических данных, полученных по обращаемости пациентов в учреждения здравоохранения. Полученные таким образом данные, как

правило, не соответствуют реальной распространенности БА среди населения, в том числе, детского. Данное несоответствие обусловлено тем, что отсутствуют четкие критерии диагностики заболевания; многие пациенты по разным причинам не обращаются в медицинские учреждения; не всегда своевременно устанавливается диагноз, особенно на ранних стадиях развития заболевания, при кашлевом варианте болезни. Кроме того, настораживает тот факт, что увеличивается число пациентов с тяжелым течением БА; появляются формы, высоко резистентные к фармакотерапии приступов БА [5].

Специалисты обращают особое внимание на рост заболеваемости БА у детей, в том числе, раннего возраста. Именно поэтому контроль здоровья детских контингентов должен быть основан на представлении полной информации о состоянии здоровья изучаемых групп детского населения, определяемых возрастными периодами. Построение возрастных подсистем имеет профилактическую направленность, так как позволяет адресно выявить донологические изменения здоровья [6]. В различные возрастные периоды заболеваемость БА детей неодинакова, что является результатом возрастных анатомо-физиологических особенностей: в раннем и дошкольном возрасте БА у мальчиков встречается чаще, чем у девочек, с наступлением периода полового созревания и в дальнейшем БА встречается у девочек чаще, чем у мальчиков, а у 60–80% больных продолжается в зрелом возрасте [7, 8].

В развитии БА у детей имеет значение наследственная предрасположенность, реализация которой происходит под воздействием факторов внешней среды, связанных с урбанизацией, загрязнением почвы, воды, воздушной среды отходами промышленности и бытовой химии, широким применением лекарственных средств, а также с сокращением сроков естественного вскармливания детей, ростом вредных привычек среди молодежи (курение, пристрастие к токсическим веществам, злоупотребление алкоголем и т.д.) [9].

Значительный рост распространенности БА, развитие клинических проявлений болезни в раннем возрасте, вероятность неблагоприятного течения заболевания обуславливают медико-социальную и экономическую значимость данного заболевания. Следует отметить, что оказание медицинской помощи пациентам с БА связано со значительными экономическими затратами, обусловленными, в первую очередь, длительной и дорогостоящей медикаментозной терапией, а также необходимостью предоставления экстренной и ста-

ционарной помощи, мероприятиями по реабилитации. Кроме того, БА ассоциирована с существенным снижением качества жизни пациента, членов его семьи и родственников [10]. Несмотря на то, что БА неизлечима, в настоящее время считается доказанным, что адекватное лечение позволяет контролировать клинические проявления заболевания – симптомы, нарушение сна, ограничения повседневной активности, нарушение функции легких, потребность в препаратах неотложной медицинской помощи. Контроль лечения БА обеспечивает минимизацию случайного возобновления симптомов и крайне редкое развитие тяжелых обострений заболевания.

Сложившаяся ситуация в рамках обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в направлении профилактики и снижения заболеваемости БА детского населения требует не только разработки программ первичной, вторичной и третичной профилактики, основанных на информации об истинной распространенности данного заболевания, изучении причинно-следственных связей в системе «среда обитания – здоровье детского населения», но и совершенствования организации проведения социально-гигиенического мониторинга как неотъемлемой составной части системы государственного санитарного надзора.

Государственной системой наблюдений, сбора, анализа и оценки информации о состоянии здоровья населения, среды обитания и условий жизнедеятельности в зависимости от качества среды обитания человека, прогнозирования и оздоровления состояния здоровья населения и среды обитания, определения причинно-следственных связей между воздействием факторов среды обитания и состоянием здоровья населения является социально-гигиенический мониторинг (далее СГМ), порядок проведения которого в Республике Беларусь регламентируется рядом нормативных правовых актов. Это:

Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. №340-З «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 июля 2012 г. №635 «О некоторых вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия населения»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июля 2012 г. №105 «О социально-гигиеническом мониторинге»;

постановление Национального статистического комитета Республики Беларусь от 25 октября 2018 г. №115 «Об утверждении формы государ-

ственной статистической отчетности 1-дети (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям» и указаний по ее заполнению».

Система СГМ была введена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 января 2004 г. №82 «Об утверждении Положения о системе социально-гигиенического мониторинга».

Позже постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11 июля 2012 г. №635 «О некоторых вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия населения» было определено проведение СГМ Министерством здравоохранения во взаимодействии с Министерством труда и социальной защиты, Министерством природных ресурсов и охраны окружающей среды, Министерством сельского хозяйства и продовольствия, Министерством антимонопольного регулирования и торговли, Министерством образования, Министерством жилищно-коммунального хозяйства, Министерством обороны, Министерством внутренних дел, Комитетом государственной безопасности, Государственным пограничным комитетом, Управлением делами Президента Республики Беларусь, Национальным статистическим комитетом, местными исполнительными и распорядительными органами [11].

Организация СГМ в стране регламентируется Законом Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в котором особое место занимают вопросы взаимодействия ведомств, ответственных за здоровье населения. В статье 11 указанного Закона [12] определено, что основным механизмом обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения является проведение социально-гигиенического мониторинга.

Организация и проведение СГМ на уровне административно-территориальных единиц обеспечивается территориальными органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, во взаимодействии с соответствующими местными исполнительными и распорядительными органами и иными организациями.

Состав информации, необходимой для реализации целей СГМ, сроки ее получения на безвозмездной основе, порядок взаимодействия государственных органов и организаций при осуществлении такого мониторинга определяется нормативными правовыми актами, утвержденными Министерством здравоохранения по согласованию с заинтересованными государственными органами.

В 2012 г. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь было введено

«Положение о порядке проведения социально-гигиенического мониторинга», которое устанавливает порядок проведения СГМ, его цели и задачи [13].

Основными задачами социально-гигиенического мониторинга являются:

- организация наблюдений за состоянием здоровья населения, среды обитания человека и условий его жизнедеятельности;

- получение и взаимообмен информацией на безвозмездной основе;

- идентификация факторов, оказывающих вредное воздействие на человека, путем выявления причинно-следственных связей между состоянием здоровья и воздействием факторов среды обитания человека;

- прогнозирование состояния здоровья населения;

- программное и инженерно-техническое обеспечение мониторинга на основе современных научных решений и внедрения современных информационных технологий;

- координация межведомственной деятельности по мониторингу;

- информирование государственных органов, юридических лиц и физических лиц, в том числе индивидуальных предпринимателей, о результатах, полученных в ходе мониторинга;

- ведение специализированных баз (банков) данных о состоянии здоровья населения и среды обитания человека;

- подготовка предложений для принятия государственными органами в пределах компетенции необходимых мер по устранению выявленных вредных воздействий факторов среды обитания человека.

СГМ на республиканском, областном, городском и районном уровнях проводит на постоянной основе Министерство здравоохранения на основании результатов анализа риска развития нарушений здоровья во взаимодействии с Министерством труда и социальной защиты, Министерством природных ресурсов и охраны окружающей среды, Министерством сельского хозяйства и продовольствия, Министерством антимонопольного регулирования и торговли, Министерством образования, Министерством жилищно-коммунального хозяйства, Национальным статистическим комитетом, местными исполнительными и распорядительными органами.

Общая схема проведения СГМ включает три основных блока: информационный – информационное обеспечение, аналитический – анализ и оценка поступающей информации и управленческий –

подготовка предложений для принятия решений, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения [14, 15].

Информационный блок предназначен для сбора информации о состоянии здоровья населения, среды обитания человека и социально-экономическом развитии территорий. В рамках СГМ используют показатели, характеризующие состояние здоровья населения, факторы среды обитания и социально-экономические показатели. Посредством информационного обеспечения осуществляется передача информации для обеспечения взаимосвязи всех звеньев системы в ходе осуществления государственного санитарного надзора; для системы лабораторного контроля и инструментальных измерений компонентов среды обитания; оказания медицинской помощи; межведомственного информационного взаимодействия. На основе полученной обобщенной информации формируются специализированные банки данных о состоянии здоровья населения и среды обитания человека. Таким образом, информационный блок системы СГМ базируется на использовании материалов официальной статистики о заболеваемости населения, демографических процессах, социально-экономической ситуации, санитарном состоянии объектов среды обитания.

Аналитический блок СГМ предусматривает статистическую обработку и анализ полученных данных, выявление причинно-следственных связей и прогнозирование динамики наблюдаемых явлений. Для характеристики состояния здоровья населения осуществляются анализ и прогноз медико-демографической ситуации, показателей заболеваемости, инвалидности. Для анализа и оценки медико-демографической ситуации используется коэффициент (индекс) депопуляции, показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность, младенческая смертность, перинатальная смертность, неонатальная смертность, материнская смертность и др.). Анализ заболеваемости и инвалидности населения основывается на комплексном исследовании уровней, структуры и динамики процесса за период не менее чем 5 лет. Проводятся расчет и оценка достоверности статистических показателей; определение тенденции развития явления (на основе установления среднегодового темпа прироста, тренда динамического ряда, относительного, абсолютного и атрибутивного рисков заболеваний и др.). Для характеристики состояния среды обитания человека оценивается суммарная антропогенная нагрузка вредных проявлений факторов среды обитания на население, проводится медико-экологическое

ранжирование, отражающее региональные особенности состояния здоровья населения и факторы, его определяющие.

Управленческий блок СГМ направлен на подготовку управленческих решений, для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Оценка состояния здоровья населения проводится специалистами учреждений государственного санитарного надзора совместно с учреждениями здравоохранения и главными штатными и внештатными специалистами управления здравоохранения. На основе выделенных приоритетных проблем в состоянии здоровья населения и среды обитания в пределах компетенции разрабатываются предложения, программы, планы мероприятий по устранению (снижению) выявленных неблагоприятных факторов среды обитания, воздействующих на здоровье населения, и контролируется их исполнение, осуществляется информирование государственных органов, юридических лиц и населения о результатах, полученных в ходе мониторинга.

Анализ организации СГМ показывает, что он является важнейшим инструментом по предотвращению неблагоприятного воздействия на организм человека факторов среды его обитания. В системе СГМ поэтапно решаются такие сложные проблемы, как информационный обмен, выбор методологии анализа и оценки влияния факторов среды на здоровье, обеспечиваются единое техническое и программное обеспечение деятельности центров государственного санитарного надзора, межведомственная координация деятельности по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения [16]. Кроме того, СГМ является важным механизмом реализации стратегии достижения Целей устойчивого развития (в частности, цель 3, в которой отражены задачи по профилактике неинфекционных заболеваний и предотвращению неблагоприятного воздействия на здоровье факторов среды обитания), где особое внимание уделяется укреплению здоровья детского населения.

Цель настоящего исследования – анализ организации социально-гигиенического мониторинга заболеваемости БА детского населения, обеспечивающего своевременность принятия решений по разработке мероприятий, направленных на предупреждение факторов, влияющих на развитие данного заболевания и его осложнений.

Результаты исследования. Анализ организации СГМ БА детского населения показал, что информационное обеспечение представлено данными первичных учетных и отчетных медицинских

документов. Мониторинг БА проводится ежегодно на основании данных первичных учетных медицинских документов по формам: №112/у «История развития ребенка», №025-2/у-07 «Статистический талон» и №025-3/у-07 «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях», №131/у-ДР «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет», №106/у-10 «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)».

На основании первичных учетных документов формируется ежегодная статистическая отчетность по форме 1-дети «Отчет о медицинской помощи детям» (код по МКБ-10 астма, астматический статус J45, J46, строка 161). На основании постановления Национального статистического комитета Республики Беларусь от 25.10.2018 №115, заведующими организационно-методическими кабинетами, врачами-статистиками, заместителями главных врачей, районными педиатрами, курирующими вопросы оказания педиатрической помощи, информация передается до 20 января главному управлению здравоохранения областного (Комитету по здравоохранению Минского городского) исполнительного комитета, далее информация передается Министерству здравоохранения в срок до 26 января. Также государственные организации здравоохранения, подчиненные республиканским органам государственного управления (кроме подчиненных Министерству здравоохранения), в срок до 5 января передают республиканскому органу государственного управления (медицинской службе) ежегодную статистическую отчетность по форме 1-дети «Отчет о медицинской помощи детям», далее агрегированные первичные статистические данные подаются Министерству здравоохранения в срок до 25 февраля, и до 25 марта «Отчет о медицинской помощи детям» по форме 1-дети (Минздрав) представляется в отдел медицинской статистики и мониторинга здоровья населения Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ) [17].

Аналитический блок СГМ БА предусматривает анализ общей и первичной заболеваемости детского населения, который осуществляется по 7 возрастным группам детского населения: до 1 месяца, до 1 года, 1–4 года, 5–9 лет, 10–13 лет, 14 лет, 15–17 лет, а также в целом у детей в возрасте 0–17 лет, состоящих на диспансерном наблюдении на конец года, отдельно учитывается число случаев заболеваний у юношей в возрасте 15–17

лет. Такой мониторинг общей и первичной заболеваемости, основанный на данных отчетной и учетной медицинской документации, отвечает требованиям одной из приоритетных задач СГМ по сбору и анализу информации о состоянии здоровья населения. Он довольно информативен и позволяет выявлять конкретные группы риска развития заболевания в возрастных группах детского населения.

Вместе с тем, существующая система СГМ БА не позволяет осуществлять персонафицированный учет развития и течения заболевания БА, затрудняет разработку конкретных мероприятий по устранению (снижению) неблагоприятных факторов, влияющих на здоровье детского населения.

На сегодняшний момент анализ, оценка и подготовка предложений осуществляются по группам болезней без конкретных нозологий, что с учетом многофакторности процессов формирования здоровья во многом затрудняет оценку его состояния и выявление причинно-следственных связей между воздействием факторов среды обитания и состоянием здоровья населения, требует обоснования и разработки наиболее информативных показателей о состоянии окружающей среды и здоровья населения. По-видимому, организация СГМ БА нуждается в модернизации, а разработка мероприятий по устранению (снижению) влияния факторов, вызывающих отклонения в состоянии здоровья детей, должна быть основана не только на оценке здоровья на популяционном уровне, но и на уровне индивидуума.

Важно отметить, что для формулирования и обоснования диагностических гипотез о возможных причинах заболеваемости БА необходимо наличие первичной информации как о состоянии здоровья населения, так и о состоянии среды обитания. Следовательно, мониторинг первичной заболеваемости на популяционном уровне должен являться основанием для проведения специальных эпидемиологических исследований по установлению причинно-следственных связей в системе «здоровье – среда обитания» в конкретных возрастных группах детского населения и для разработки мероприятий по профилактике заболеваемости БА и ее осложнений в этих группах риска. Возможность индивидуального подхода достижима при углубленном изучении заболеваемости, основанном на полицевом учете показателей здоровья каждого ребенка, проживающего в зоне наблюдения.

Для осуществления эффективного СГМ БА требуется также создание централизованной информационной системы здравоохранения, основ-

ной задачей которой должно стать накопление значительного объема первичных данных, а не только официальных отчетных форм, создание баз данных, основу которых будет составлять первичная информация о здоровье детского населения и факторах среды обитания, что позволит обосновать разработку мероприятий, направленных на устранение (снижение) факторов риска.

Для оценки и анализа всей совокупности данных о заболеваемости детей БА и анализа риска нарушений здоровья детского населения при воздействии негативных факторов среды обитания необходимо внедрение научного и методического обеспечения СГМ, ориентированного на использование в практической деятельности. Полученные результаты будут являться основанием для разработки и совершенствования программ первичной, вторичной и третичной профилактики БА детского населения, санитарно-гигиенических рекомендаций, включающих различные аспекты социальной защиты детей, образования, физического воспитания и т.д. Кроме того, важнейшей задачей СГМ БА является разработка и внедрение методов и технологий обеспечения органов управления и населения достоверной, как можно более полной и своевременной информацией о реальных и прогнозируемых факторах риска и их влиянии на состояние здоровья детского населения, а также о предпринимаемых и возможных мерах по управлению этими рисками.

Заключение. Анализ СГМ БА показал необходимость совершенствования данной системы, основанного на модернизации организации сбора, обработки, анализа и оценки данных с включением не только популяционного, но и индивидуального уровня здоровья. Систематический мониторинг заболеваемости БА и факторов риска позволит научно обосновать принятие санитарно-эпидемиологической службой во взаимодействии с местными исполнительными и распорядительными органами управленческих решений по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия подрастающего поколения.

Литература

1. Скрипникова, Р.С. Бронхиальная астма. Причины, симптомы, виды, профилактика астмы / Р.С.Скрипникова, В.В.Савчук // Вестник научного общества студентов, аспирантов и молодых ученых. – М., 2017. – С.78–85.
2. Выхристенко, Л.Р. Бронхиальная астма: пособие / Л.Р.Выхристенко. – Витебск: ВГМУ, 2016. – 67 с.
3. Чернышова, О.Е. Современные представления о патогенезе бронхиальной астмы у детей / О.Е.Чернышова // Здоровье ребенка. – 2014. – №5 (56). – С.84–90.
4. Распространенность астмаподобных симптомов и диагностированной астмы в популяции подростков / Л.С.Намазова [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2009. – Т.6, №3. – С.59–65.
5. Юдина, Л.В. Современный взгляд на этиопатогенез бронхиальной астмы / Л.В.Юдина // Фах. терапия. – 2009. – №2 (58). – С.17–22.
6. Минина, Е.С. Бронхиальная астма у детей: особенности лечения и реабилитации: монография / Е.С.Минина, В.И.Новикова. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 275 с.
7. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» / А.Г.Чучалин [и др.]. – 5-е изд. – М.: Оригинал-макет, 2012. – 161 с.
8. Генпе, Н.А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей / Н.А.Генпе // Педиатрия. – 2012. – Т.91, №3. – С.76–82.
9. Holgate, S.T. Pathogenesis of Asthma / S.T.Holgate // Clinical and Experimental Allergy. – 2008. – Vol.38, No.6. – P.872–897.
10. Камалтынова, Е.М. Сравнительная эпидемиологическая характеристика бронхиальной астмы по данным программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей» (International Study of Asthma and Allergy in Childhood) / Е.М.Камалтынова, И.А.Деев, Е.Г.Белоногова // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – №4. – С.92–98.
11. О некоторых вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия населения [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 11 июля 2012 г., №635 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
12. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 7 янв. 2012 г., №340-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
13. О социально-гигиеническом мониторинге [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 17 июля 2012 г., №105 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
14. Основные принципы организации и проведения социально-гигиенического мониторинга: инструкция по применению (регистрационный №179-1206) / РЦГЭиОЗ; РНПЦ гигиены, БЕЛЦМТ; авт.: Г.А.Асташко [и др.]. – Минск, 05.01.2007. – 41 с.
15. Борисова, Т.С. Социально-гигиенический мониторинг в гигиене детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Т.С.Борисова. – Минск: БГМУ, 2016. – 67 с.
16. Беляев, Е.Н. О внедрении системы социально-гигиенического мониторинга в Российской Федерации / Е.Н.Беляев // Социально-гигиенический мониторинг – практика применения и научное обеспечение. – М., 2000. – Ч.1. – С.27–32.

17. Об утверждении формы государственной статистической отчетности 1-дети (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям» и указаний по ее заполнению: постановление Нац. стат. комитета Респ. Беларусь, 25 окт. 2018 г., №115 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

ORGANIZATION OF SOCIAL AND HYGIENIC MONITORING OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILD POPULATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS

L.L.Hindziuk, I.N.Moroz

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Protection of health of the child population as the basis of demographic, economic and intellectual potential of the country is priority area of state policy in the field of public health. Social and hygienic monitoring aimed at early detection of prenosological conditions of health disorders and their risk factors, and diseases, caused by environmental factors, plays

the important role in maintaining of health of child population. Analysis of organization of social and hygienic monitoring of bronchial asthma in children shows that existing approaches to data collection, processing, analysis and assessment require further improvement.

Keywords: bronchial asthma; child population; social and hygienic monitoring.

Сведения об авторах:

Гиндюк Лариса Леонидовна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, аспирант; тел.: (+37544) 7214664; e-mail: Asiragull@rambler.ru.

Мороз Ирина Николаевна, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», первый проректор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2771253; e-mail: pr improrektor@bsmu.by.

Поступила 17.02.2021 г.