

**SUMMARY****THE STATE OF HEALTH OF CHILDREN OF SCHOOL AGE AND PREVALENCE OF IRON DEFICIENCY CONDITION****Markevich V.E., Kozir Ju.M.**

In the article investigated the state of health of children of school age and studied prevalence of iron scarce states of children. It is set that today every second average schoolboy has the latent iron deficiency and every third child has frequently stomach-aches, headache and the pain in the heart area. Every fourth child has character instability.

During complex examinations of schoolboys it is necessary to make the laboratory investigate of determination level of iron in serum and general iron linking ability of serum, that will allow in correct time to diagnose at iron deficiency condition provide adequate correction.

**Key words:** iron in serum, iron deficiency condition, anemia

УДК 611.97-053.8(477.87)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ЗМІН У СТАНІ ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ****Пирогова В.Г., Фера О.В.**

*Ужгородський національний університет, кафедра соціальної медицини, гігієни з курсом історії медицини, м. Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** вивчено медико-соціальні та епідеміологічні особливості динаміки змін у стані здоров'я дорослого населення Закарпатської області як ендемічного регіону. Розроблено комплекс медико-профілактичних заходів в ендемічному регіоні та моніторинг навколишнього середовища з визначенням пріоритетних факторів ризику середовища проживання.

**Ключові слова:** медико-соціальні та епідеміологічні особливості, стан здоров'я дорослого населення Закарпаття, динамічні зміни

**Вступ.** Тактичні підходи до реалізації профілактичних і лікувальних заходів населення ендемічного регіону повинні ґрунтуватися на таких індикаторах оцінки стану їх здоров'я, як рівень поширеності хвороб, захворюваності, інвалідності, смертності. Особливо інформативними є дані про поширеність хвороб, оскільки вони дають можливість науково обґрунтувати особливості медичного забезпечення населення [1].

**Мета роботи** – дати комплексну гігієнічну оцінку показників здоров'я дорослого населення різних адміністративних територій Закарпаття – ендемічної області України.

**Матеріали і методи.** Об'єктом дослідження було доросле населення Закарпаття. Під час проведення дослідження застосовувався випадковий вірогідний відбір. Вибірка розраховувалася виходячи з чисельності працездатного населення, що проживає в ендемічному регіоні. Вибірки були репрезентативні за статтю та віком. Припустима помилка вибірки становила 0,021. Основним методом збору стало стандартизоване соціальне опитування населення та психодіагностичне тестування. Для вивчення фізичного стану здоров'я поряд з об'єктивними клінічними дослідженнями використовувалась методика самооцінки стану здоров'я, опитувальник загального здоров'я (General Health Questionnaire – GHQ), що застосовувався для оцінки психічного дистресу та виявлення попередніх (донозологічних) розладів стану здоров'я населення [2]. Для комплексної діагностики стану здо-

ров'я дорослого населення з різних ландшафтних територій Закарпаття проведено 1757 медико-демографічних, 9072 соціологічних, 934 медико-біологічних досліджень та 381 дослідження негативної компоненти здоров'я. Об'єм проведених досліджень з гігієнічного вивчення факторів ризику наступний: метеоумови – 197; вода – 125; ґрунт – 134; харчування – 717. Значення показників досліджень за допомогою автоматизованої системи управління з керуючим комп'ютером Pentium II з тактовою частотою 300 МГц заносились у комп'ютерний банк даних ендемічного регіону. Для збору і аналізу інформації використовувався пакет прикладних статистичних програм Microsoft Excel.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Адміністративний поділ Закарпатської області є таким, де існують райони, територіально розміщені в двох-трьох ландшафтних біогеохімічних зонах з суттєвими відмінностями в кліматично-погодних умовах, ґрунтах, водах й умовах проживання, що позначається на стані здоров'я населення. Структура загальної захворюваності дорослого населення Закарпатської області така: захворювання органів кровообігу – 28,2%, дихання – 18,1%, травлення – 13,8%, нервової системи й органів чуттів – 9,2%, хвороби сечостатевої системи – 5,0%, ендокринної системи – 3,9%, травми й отруєння – 3,4%, інфекційні і паразитарні хвороби – 2,5%, новоутворення – 2,1% і хвороби крові й кровотворних органів – 0,9%. Ця структура захворювань харак-

терна для всіх районів і ландшафтних зон Закарпаття. Нами вивчена динаміка поширеності захворювань на 1000 осіб дорослого населення Закарпаття протягом 1989-1998 і 1999-2006 рр. Загальний рівень поширеності захворювань на 1000 осіб населення у Закарпатському регіоні коливається в інтервалі [1000,9; 1141,5], досягаючи найменшого значення у 1991 році, а найбільшого значення у 1990 році. Найвищі рівні захворюваності на 1000 осіб населення, що перевищують середньообласні, зафіксовано у низинному Берегівському районі – 1248,0 та передгірних і гірських районах: у Міжгірському – 1286,2, у Тячівському – 1223,0. За досліджувальний період спостерігається стійка тенденція рівня поширеності на 1000 осіб населення: 1) до збільшення: хвороб системи кровообігу (з 120,5 у 1989 році до 310,2 у 1999 році), захворювань хвороб кістково-м'язової системи (з 46,8 у 1989 році до 55,4 у 1999 році), хвороб сечовидільної системи (з 40,8 у 1989 році до 54,7 у 1999 році), хвороб нервової системи й органів чуттів (з 82,2 у 1989 році до 101,1 у 1999 році), психічних розладів (з 39,0 у 1989 році до 48,9 у 1999 році), хвороб ендокринної системи (з 27,6 у 1989 році до 42,3 у 1999 році), новоутворення (з 18,5 у 1989 році до 22,7 у 1999 році), хвороб органів травлення (з 127,9 у 1989 році до 151,5 у 1999 році); 2) до зменшення: інфекційних і паразитарних захворювань (з 43,9 у 1989 році до 27,6 у 1999 році), хвороб органів дихання (з 449,1 у 1989 році до 199,8 у 1999 році).

Менші значення у порівнянні з середньообласними мають показники поширеності захворювань на 1000 осіб населення в Ужгороді – 903,2; у гірських районах: В.Берегівському – 933,4, Воловецькому – 960,7; низинному Ужгородському районі – 983,3 і передгірному Свалявському районі – 990,1.

Травми й отруєння по області зустрічаються в 37,0 випадків на 1000 осіб населення, переважно в Міжгірському (73,0), Перечинському (51,4) і Тячівському районах (гори, передгір'я).

Показник первинного виходу на інвалідність на 1000 осіб населення складає 37,9 серед працездатного населення. Основними причинами первинного виходу на інвалідність є захворювання нервової системи (8,2 на 1000 осіб дорослого населення), онкозахворювання (6,6 на 1000 осіб населення), захворювання органів кровообігу (5,7 на 1000 осіб населення), психічні захворювання (3,7 на 1000 осіб населення), захворювання органів травлення

(5,7 на 1000 осіб населення), інфекційні захворювання (2,0 на 1000 осіб населення), захворювання ендокринної системи (1,4 на 1000 осіб населення), органів дихання (1,0 на 1000 осіб населення).

Показник смертності населення збільшився з 0,9% на 1000 осіб населення (1990 р.) до 1,11% в 1999 році. Якщо серед причин смертності в 1997 році перше місце займали захворювання органів кровообігу (24,0%) то в 2006 році домінують нещасні випадки, отруєння і травми (21,8%).

Аналізуючи сучасний стан еколого-гігієнічного середовища проживання на Закарпатті та динаміку його розвитку за 1989-2006 рр., необхідно відзначити, що кожне захворювання має свої специфічні фактори ризику. Два основні фактори, які впливають на стан здоров'я населення ендемічної території: дефіцит або надлишок вмісту в навколишньому середовищі декількох мікроелементів та інших пріоритетних для життєдіяльності компонентів, а також абіотичні антропологічні умови, пов'язані з дією факторів ризику.

#### Висновки.

1. Комплекс медико-профілактичних заходів в ендемічному регіоні потрібно здійснювати на основі первинної профілактики, спрямованої на ліквідацію або зменшення абіотичної дії факторів ризику і корекцію стану здоров'я корінного населення, за допомогою якої можна попередити перехід донозологічних станів у різні нозологічні форми захворювань.

2. В ендемічному регіоні необхідне створення моніторингу навколишнього середовища з визначенням пріоритетних факторів ризику середовища проживання, а також стану здоров'я корінних жителів для гігієнічної діагностики основних показників ендостатусу на основі динамічних досліджень як негативної, так і позитивної компоненти здоров'я, що дозволить виявити ранні (донозологічні) зміни в організмі.

3. На підставі результатів проведеного аналізу змін у стані здоров'я дорослого населення Закарпаття у Державний (Національний) реєстр потрібно внести зміни, що сприятимуть покращенню спостереження за станом здоров'я та оптимізації медичного обслуговування населення ендемічних регіонів. Потребують також вдосконалення технології обстеження та лікування жителів ендемічних регіонів, контроль за проведенням медичних оглядів, стандарти, які б визначили гарантований обсяг діагностичних і лікувальних методів, вимог до реалізації лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Рощин Г.Г., Волошин В.О., Картиш А.П. та інші. Державна служба медицини катастроф України. Правові та нормативні акти: Довід. посіб. – К.: Б.В., 1998. – 147 с.
2. Goldberg David, Williams Paul. A User's Guide to the General Health Questionnaire: reprinted. – Oxford: Institute of Psychiatry, 1991. – 128 p.

## SUMMARY

MEDICAL-SOCIAL AND EPIDEMIOLOGIC PECULIARITIES, OF THE DYNAMICS IN THE CHANGES IN THE STATE OF HEALTH OF ADULT POPULATION IN TRANSCARPATHTIA

Pirogova V.G., Fera A.V.

Medical-social and epidemiologic peculiarities of the dynamics in the changes in the state of health of the adult population in Transcarpathia have been studied. A complex of medical-prophylactic measures in epidemiologic area and environmental monitoring with definite priority risk factors of living conditions have been elaborated.

**Key words:** medical-social and epidemiologic peculiarities, the state of health of adult population in Transcarpathia, the dynamics of changes

УДК 616.986.7-036-07 (477.87)

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ ПІД ЧАС ЗРОСТАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ДОРОСЛИХ ЛЮДЕЙ

Тимкович М.А., Коваль Г.М., Туряниця С.М., Поляк М.А., Поляк В.М., Оберемко С.В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, м.Ужгород; Обласна інфекційна лікарня, м.Ужгород; Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м.Ужгород

**Резюме:** проаналізовано клініко-епідеміологічні особливості перебігу паротитної інфекції, які були зареєстровані на Закарпатті в 2006 році.

**Ключові слова:** епідемічний паротит, етіологія, лікування, щеплення

**Вступ.** Епідемічний паротит (Parotitis epidemica) – гостра інфекційна хвороба, яка спричиняється вірусом паротиту (Paramyxovirus parotitidis), передається повітряно-краплинним шляхом і характеризується ураженням привушних слинних залоз, ушкодженням інших залоз (підшлункової, щитовидної, статевих залоз), нервової системи і має схильність до епідемічного поширення [1, 3].

Моніторинг захворюваності на епідемічний паротит в Україні вказує на характерну циклічність перебігу епідемічного процесу з періодичним зростанням захворюваності кожні 4-5 років, що пов'язано з коливанням колективного імунітету при цій інфекції.

Спостереження за циклічністю перебігу епідемічного процесу в Закарпатській області вказує на те, що періодичність складає 5-6 років. За останні 20 років спостерігались три зростання – у 1990 р. (23,8 на 100 тис. населення), 1996 р. (66,5), 2001 р. (14,1). За епідеміологічними прогнозами, у 2006 р. очікувалась тенденція до наростання рівнів захворюваності на кінець року показник досяг 21,2. Протягом року спорадичні випадки виявлялись у декількох районах. З осені 2005 року захворюваність зросла в основному по Перечинському району. Одночасно спостерігається процес „подорослішання” захворюваності, оскільки питома вага дорослого населення в області зросла з 27,6% до 53,0%.

В Закарпатській області хвиля чергового циклічного зростання захворюваності на епідемічний паротит розпочалась із кінця листопада 2006 р. у Перечинському районі. Переважним чином в епідемічний процес були задіяні підлітки та доросле населення (53%). Інтенсивного розповсюдження захворювання набуло серед старшокласників середніх загальноосвітніх та спеціальних навчальних закладів. Найбільш тривалі спалахи мали місце в організованих колективах. Епідемічний процес по-

ширився на інші території, у т.ч. і на м. Ужгород, де було виявлено 30 випадків. Спорадичні випадки захворювань зареєстровані в Ужгородському, Свалявському та Виноградівському районах.

За літературними даними, 15% всіх випадків захворювання на епідемічний паротит припадає на доросле населення. Орхіти, які уражають 20% дорослих із випадками епідемічного паротиту, зрідка приводять до стерильності. Немає спостережень, що хвороба у вагітних впливає на ураження плоду. Спалахи епідемічного паротиту, які в останні роки спостерігаються у США серед дорослих організованих колективів, пов'язані з недостатністю або незавершеною імунізацією дітей, народжених у період 1967-1977 років, коли вакцинація від паротиту не була обов'язковою. Тривалі спостереження протягом 35 років з моменту виготовлення на клітинах курячого ембріону вакцини вказують на те, що 95% вакцинованих відповідають тривалим специфічним антитілоутворенням високого титру, але точний термін визначено не було [4, 5].

Виявити джерело інфекції вдається тільки у 40% дорослих хворих на епідемічний паротит. За даними літератури, епідемічний паротит у дорослих найчастіше зустрічається у віці 16-25 років [1, 2, 3]. Все вищевказане і пояснює доцільність наших спостережень.

**Метою дослідження** було провести аналіз всіх випадків захворювання на епідемічний паротит, які були зареєстровані на Закарпатті в 2006 році.

**Матеріали та методи.** Нами досліджено 214 випадків захворювання на епідемічний паротит, з яких 33 хворих знаходилися на стаціонарному лікуванні в Обласній інфекційній лікарні м. Ужгород. Епідемічний паротит частіше зустрічається у хворих чоловічої статі, серед обстежених нами хворих – у 64% чоловіків і 36% жінок.