

УДК 614.1:313.1:616-053.2

Л.В. Квашнина¹, Е.Е. Шунько², И.Н. Матвиенко¹

Дети первых пяти лет жизни: динамика составляющих в контексте достижения целей тысячелетия. 2 часть*

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина²Национальная академия последилового образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2016.4(68):73-80

За период 2000–2015 гг. Украина достигла значительных успехов в снижении показателей ранней неонатальной, неонатальной и детской смертности. Однако в вопросах амбулаторно-поликлинической помощи определяются значительные проблемы: с 2008 г. отмечается регрессивный тренд охвата вакцинацией против 10 инфекций, и к 2014 г. зарегистрированы рекордно низкие уровни. Охват БЦЖ снизился до 43,8%, полным курсом против АКДС — до 60,1%, против полиомиелита — до 64,3%, против гепатита В — до 48,5% с последующим ухудшением ситуации к 2016 г. За период 2010–2014 гг. произошли и кадровые изменения, которые сказались на качестве амбулаторно-поликлинической помощи детям: уменьшение количества участковых педиатров с 10200 в 2010 г. до 4900 в 2014 г. с увеличением количества семейных врачей с 8367 в 2009 г. до 11326 в 2014 г., но только 69,14% из них оказывают помощь детскому населению от рождения.

Недостаточное количество современных клинических протоколов, «старение» и нехватка педиатров, отсутствие реально действующей социальной защиты уязвимого детского населения формируют снижение защищенности населения от инфекций и диктуют необходимость широкого внедрения простых, но в то же время действенных технологий, одной из которых является стратегия ВОЗ/ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста».

Ключевые слова: дети первых пяти лет жизни, достижение целей тысячелетия.

Введение ко 2 части

В первой части статьи мы уже говорили о том, что по прогнозу ООН при сохраняющейся демографической ситуации численность населения Украины уменьшится до 30 млн человек в начале 2060-х годов, и связано это не только с отрицательным приростом населения и снижением уровня рождаемости, но и с изменениями качества жизни украинского населения, что отражается в изменении показателей продолжительности жизни и вероятности смерти в возрастном промежутке 15–60 лет. В таблице 1 приведены данные по некоторым странам Европы, Азии, Африки, Северной Америки, предоставленные ВОЗ в своем отчете по мировой статистике.

Если проанализировать динамику демографической ситуации в странах, перечисленных в таблице 1, кроме Украины, то можно обнаружить общую закономерность: растет продолжительность жизни населения (как мужчин, так и женщин), а также снижается вероятность смерти в возрастной период 15–60 лет жизни, как у мужчин, так и у женщин, причем эта закономерность достаточно стабильна. Совершенно другая ситуация наблюдается в Украине: продолжительность жизни не изменилась,

а вот вероятность смерти в возрастной период 15–60 лет жизни неуклонно растет: к 2011 г. этот показатель вырос на 9% у мужчин и на 7% у женщин.

В основе такой ситуации (в т.ч. ухудшения здоровья детей) лежит целый комплекс как социально-экономических, так и экологических причин: ухудшение качества питания; рост стрессовых ситуаций и нагрузки на психику (в т.ч. детей) в повседневной жизни; уменьшение объема профилактических программ на амбулаторно-поликлиническом уровне оказания помощи; отсутствие эффективных широко внедренных просветительских программ по вопросам формирования культуры здоровья; концентрация вредных производств в районе скопления жилых массивов.

Одной из наиболее важных причин такой удручающей ситуации с состоянием здоровья остается проблема оказания качественной медицинской помощи всем слоям населения, и самыми проблемными звеньями в этом вопросе являются организация оказания медицинской помощи и ее финансовое обеспечение. В каждой стране оказание медицинской помощи организовано по-разному, а поэтому затраты на медицинское обслуживание населения в каждой стране, складывающиеся из нескольких источ-

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни, 1990 и 2011 гг.¹

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни (при рождении, годы)						Вероятность смерти в возрасте 15–60 лет, на 1000 населения			
	оба пола		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011
Германия	76	81	72	78	79	83	157	96	77	51
Литва	71	74	66	68	76	79	287	267	107	92
Словакия	71	76	67	72	75	80	269	170	103	70
Украина	70	71	66	65	75	76	287	310	112	120
Индия	58	65	58	64	59	67	302	247	243	259
Турция	66	76	64	73	68	78	209	123	144	68
США	75	79	72	76	79	81	172	131	91	77
Гондурас	67	74	65	72	69	76	222	163	163	114
Уганда	43	56	40	54	46	57	644	410	516	363

Примечание: ¹ World Health Statistic, 2013. ISBN 978 92 4 156458 8.

* Опубликовано: Педиатрия. Восточная Европа № 3, 2016. Часть 1 читайте в журнале «Перинатология и педиатрия» № 4, 2015; С. 69-73.

Таблица 2

Составляющие финансового обеспечения здравоохранения, %*

Страна	% затрат на здравоохранение от государственного бюджета		Вклад государства (%) в общие затраты на здравоохранение		Вклад частного сектора (%) в общие затраты на здравоохранение		Доля внешних ресурсов (%) в общих затратах на здравоохранение		Социальное страхование как % от государственных затрат на здравоохранение	
	2000 7	2010 8	2000 3	2010 4	2000 5	2010 6	2000 9	2010 10	2000 11	2010 12
Германия	18,3	18,5	79,5	76,8	20,5	23,2	...	...	87,2	88,6
Литва	11,6	12,6	69,7	72,9	30,3	27,1	1,7	1,3	71	81
Словакия	9,4	14,5	89,4	64,5	10,6	35,5	...	...	98,2	89,9
Украина	8,4	12,7	51,8	56,6	48,2	43,4	0,5	0,6	0	0,5
Индия	7,4	6,8	26	28,2	74	71,8	0,5	1,3	18,3	19,0
Турция	9,8	17,8	62,9	74,8	37,1	25,2	0,1	0	55,5	57,0
США	17,1	19,9	43,2	48,2	56,8	51,8	...	...	80,3	86,4
Гондурас	18,1	17,1	54,2	49,8	45,8	50,2	2,5	4,9	13,7	24,3
Уганда	7,3	10,8	26,8	23,1	73,2	76,9	28,3	27,6	0	0

Примечание: * – World Health Statistic, 2013. ISBN 978 92 4 156458 8.

Таблица 3

Затраты на здравоохранение на душу населения (в пересчете на дол.), 2000 и 2010 гг.*

Страна	Общие затраты на здравоохранение, на душу населения, дол.		Государственные затраты на душу населения, дол.	
	2000	2010	2000	2010
Германия	2679	4654	2131	3334
Литва	560	1286	390	937
Словакия	604	2097	540	1352
Украина	184	527	96	298
Индия	65	126	17	36
Турция	454	1039	286	777
США	4703	8233	2032	3967
Гондурас	170	340	92	169
Уганда	46	117	12	27

Примечание: * – World Health Statistic, 2013. ISBN 978 92 4 156458 8.

Таблица 4

Обеспеченность медицинским персоналом и коечным фондом*

Страна	Врачи	Средний медперсонал	Стоматологи	Общественное здравоохранение	Социальные работники	Психиатры	Больниц на 100000 населения 2010 г.	Госпитальные койки	Психиатрические койки
Германия	36,9	113,8	7,9	...	...	...	...	82	...
Литва	36,4	70,6	7,3	...	...	1,8	2,8	68	...
Словакия	30	...	5	...	...	1,1	1,5	64	6,9
Украина	35,2	64,1	6,7	...	...	1,0	...	87	9,4
Индия	6,5	10	0,8	...	0,5	0,05	...	9	0,2
Турция	17,1	24	2,9	2,5	...	0,2	1,6	25	1,0
США	24,2	98,2	...	...	...	0,8	...	30	3,4
Гондурас	3,7	10,8	...	...	...	0,1	0,4	7	0,5
Уганда	1,2	13,1	...	...	...	0,05	0,4	5,0	0,3

Таблица 5

Динамика показателей смертности по периодам, 1990 и 2011 гг., на 1000 рожденных живыми, %*

Страна	Неонатальная смертность		Младенческая смертность		Детская смертность	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011
Германия	4	2	7	3	9	4
Литва	10	3	14	5	17	6
Словакия	12	4	16	7	18	8
Украина	8	5	17	9	19	10
Индия	47	32	81	47	114	61
Турция	29	9	60	12	71	15
США	6	4	9	6	11	8
Гондурас	22	11	43	18	55	21
Уганда	39	28	106	58	178	90

Примечание: * – World Health Statistic, 2013. ISBN 978 92 4 156458 8.

ников, имеют совершенно разные доли: отчисления из бюджета, внешние дотации, частный сектор медицины (табл. 2). При стандартном анализе, как правило, все эти составляющие суммируются, после чего и выводится показатель финансового обеспечения медицинского обслуживания на душу населения (табл. 3).

Анализируя информацию таблиц 2 и 3, становятся понятными некоторые причины того, что продолжительность жизни у граждан Украины не изменяется к лучшему, а вероятность умереть в возрасте 15–60 лет растет. Это — недостаточное финансирование здравоохранения, что напрямую связано с экономическим развитием страны, а также отсутствие гарантий социальной защиты населения при сравнимой с другими развитыми странами обеспеченности населения страны доступной качественной медицинской помощью, врачебным персоналом и коечным фондом (табл. 4).

Несмотря на стабильную положительную динамику показателей неонатальной, младенческой и детской смертности (табл. 5), ситуация с оказанием медицинской помощи в Украине, как у страны Европейского региона, остается очень не простой.

Ранняя неонатальная смертность

Для оценки эффективности оказания акушерской (антенатальной и стационарной) и неонатологической помощи во всем мире используется показатель соотношения мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. По смещению соотношения частоты мертворождений и частоты случаев ранней неонатальной смертности можно судить об организации работы акушерской и неонатологической служб, как на уровне государства, так и на уровне региона и отдельно взятого лечебного учреждения. Результаты надежных высококачественных исследований свидетельствуют о том, что удельный вес мертворождаемости в структуре перинатальных потерь должен составлять около 53–55%. Смещение показателя в сторону части мертворождений свидетельствует о недостаточной антенатальной охране плода и акушерской помощи в родах, а вот смещение в сторону увеличения части ранней неонатальной смертности свидетельствует как о недо-

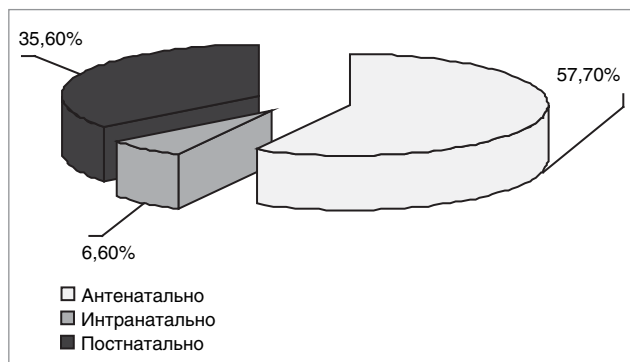


Рис. 1. Структура перинатальной смертности по периодам, Украина, 2014 г., % [1, 2, 5]

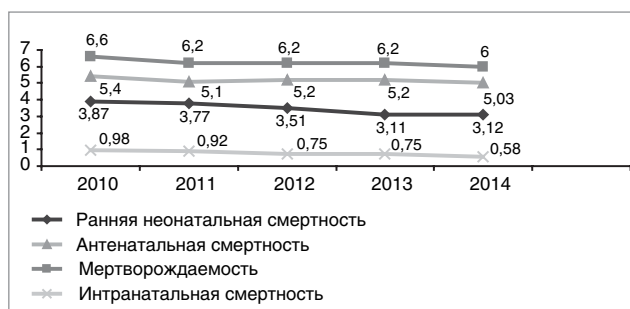


Рис. 2. Динамика составляющих показателя перинатальной смертности, Украина, 2010–2014 гг., на 1000 рожденных живыми и мертвыми [1, 2, 5]

статочной антенатальной и интранатальной помощи, так и о недостаточном уровне оказания реанимационной и интенсивной помощи новорожденному ребенку.

За 2014 г. в структуре перинатальной смертности на долю ранней неонатальной смертности пришлось 35,6% (рис. 1), а вот удельный вес мертворождений среди перинатальных потерь составил 64,3%.

В целом, за период с 2000 г. отмечается положительная динамика показателей мертворождаемости (Часть 1

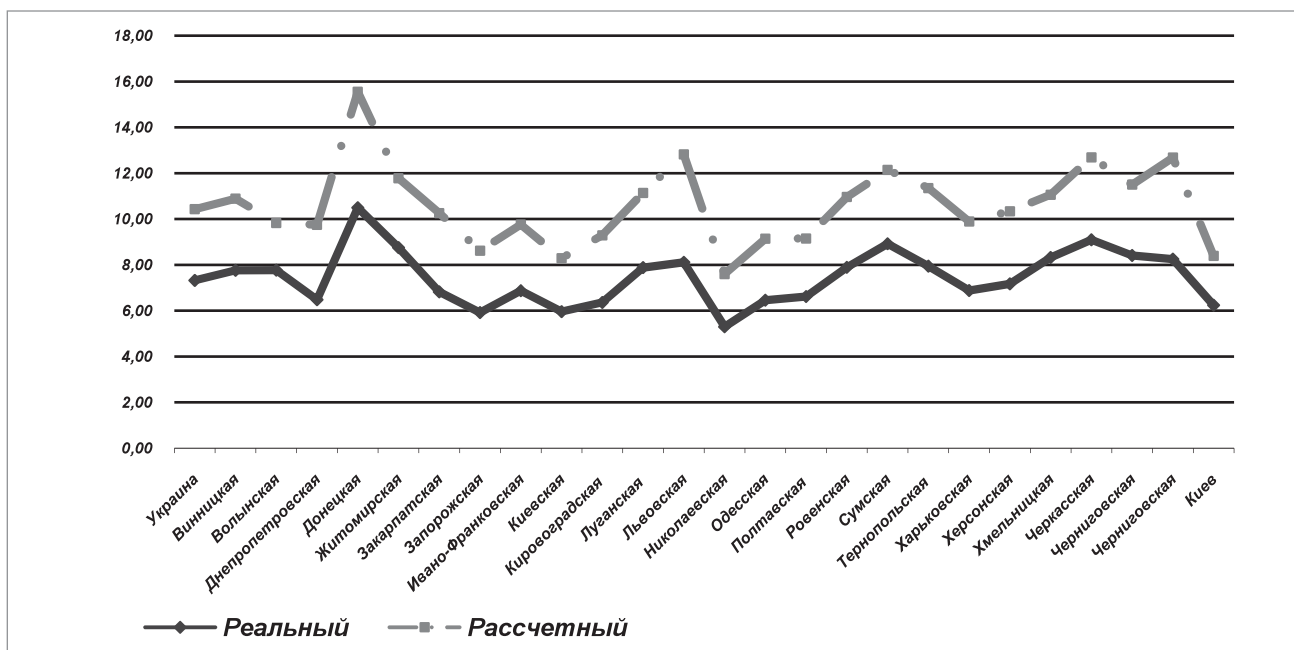


Рис. 3. Показатель ранней неонатальной смертности (реальный и расчетный) в разрезе по областям Украины за 2014 г., на 1000 рожденных живыми [2]

статьи) и ранней неонатальной смертности, а также их соотношения: в начале 2000-х годов частота мертворождений превышала частоту ранней неонатальной смертности в 3,0–3,2 раза; в 2010 г. отмечено четкое улучшение ситуации (соотношение 1,6:1), которое сохраняется до настоящего момента (в 2014 г. соотношение составило 1,8:1), (рис. 2).

Известным является тот факт, что показатель ранней неонатальной смертности (точно так же, как и перинатальной) зависит от массы тела ребенка при рождении: чем меньше масса тела, тем выше риск у ребенка умереть в неонатальном периоде или реализовать тяжелое заболевание и погибнуть в более позднем периоде. Дети с массой тела при рождении более 1500,0 г имеют больше шансов выжить и дальше развиваться без какого-либо тяжелого заболевания. По расчетным данным ВОЗ, ориентировочный показатель ранней неонатальной смертности среди детей с массой тела при рождении $\geq 1500,0$ г должен быть не более **1 на 1000** рожденных живыми и мертвыми. В Украине же, несмотря на позитивную динамику всех показателей, уровень смертности в этой группе детей превышает стандарт в **1,7 раза** (в некоторых областях Украины – в 2,5 раза) [1, 2].

И есть еще один интересный момент, который относится к распределению рожденных детей по весовым категориям (правило 1–1,5%). Если взять во внимание расчетный удельный вес детей с весовой категорией 500,0–999,0 г и 1000,0–1499,0 г (**по 1–1,5%**), то расчетный показатель ранней неонатальной смертности составил бы за 2014 г. **7,32%** (вместо официального **3,11%**) (рис. 3) [2]. На самом деле официально представленный в украинской статистической отчетности удельный вес детей с весовой категорией 1000–1499 г составил **всего 0,5%** среди всех родившихся живыми в 2014 г.

Неонатальная смертность

Количество неонатальных смертей в мире снизилось с 1990 по 2012 гг. на 36%: с 4,4 млн до 3,0 млн (33 на 1000 живорожденных в 1990 г. и 21 на 1000 живорожденных в 2012 г.), хотя доля неонатальных смертей в возрастной структуре смертности детей первых пяти лет жизни увеличилась с 36% в 1990 г. до 43% в 2011 г., а в течение последних лет лидирующей причиной неонатальной смертности является недоношенность [8, 10]. То есть, для дальнейшего количественного и качественного улучшения показателя младенческой смертности важное значе-

Таблица 6
Структура причин летальности новорожденных детей в акушерских стационарах, Украина, 2013–2014 гг.

Причина летальности	2013	2014
Внутричерепная родовая травма	18,2	33,3
Гипоксия/асфиксия в родах	1,5	1,6
Дыхательные расстройства	3,5	2,9
Врожденные пневмонии	5,3	4,3
Инфекции перинатального периода	15,0	4,1
Бактериальный сепсис новорожденных	42,7	24,2
ВЖК и САК*	20,2	17,1
Врожденные аномалии	1,7	1,5
Геморрагическая болезнь новорожденных		
Состояния перинатального периода	1,4	1,2

Примечания: * – ВЖК – внутрижелудочковое кровоизлияние; САК – субарахноидальное кровоизлияние.

ние имеет обеспечение доступности качественной и эффективной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным детям. И этот постулат в полной мере относится также и к ситуации в Украине.

В структуре смертности детей первого года жизни (младенческая смертность) срабатывает общеизвестное правило 2/3, а именно: 2/3 от общего количества умерших детей в возрасте до 1 года жизни умирают в первые 28 дней жизни; среди умерших в неонатальный период 2/3 умирают в первые 0–6 дней жизни. Так, в Украине в 2014 г. среди умерших детей 1 года жизни в первые 28 дней жизни умерли **61,2%** детей (что и составило 2/3) и показатель неонатальной смертности составил **4,69%**.

Если рассматривать структуру причин летальности новорожденных детей в акушерских стационарах за период 2013–2014 гг. (табл. 6), то видно, что лидирующее положение занимают предотвратимые на акушерском этапе причины, а именно внутричерепные родовые травмы. А вот перинатальные инфекции и бактериальный сепсис новорожденных сдают свои позиции: их доля в структуре уменьшается.

Детская смертность

За последние десятилетия в мире удалось достичь огромного прогресса в вопросах защиты детских жизней: с 1990 по 2011 гг. детская смертность в мире снизилась на **41%**. Большой успех в этом поле достигнут и в Украине:

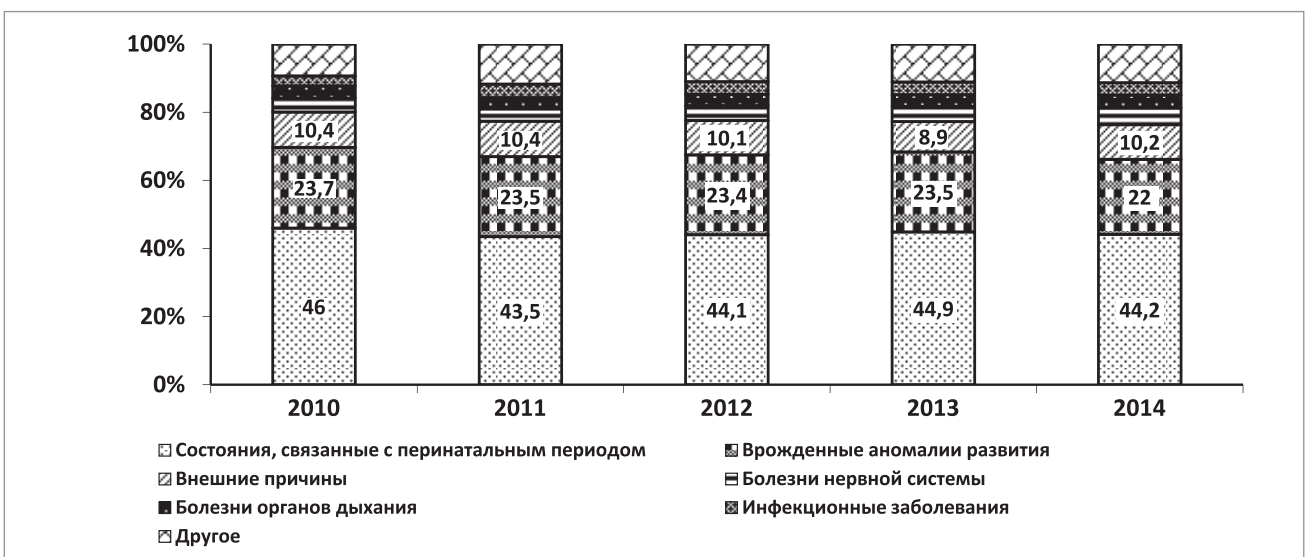


Рис. 4. Структура смертности у детей в возрасте до 5 лет жизни, Украина, 2010–2014 гг., %

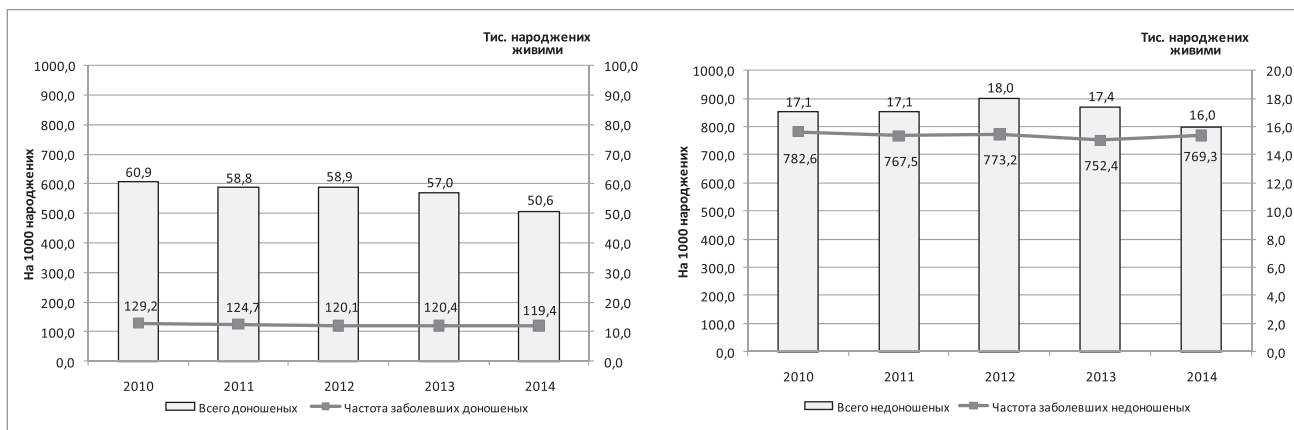


Рис. 5. Частота заболевших новорожденных детей, Украина, 2010–2014 гг., на 1000 соответствующей популяции: 5а — доношенных новорожденных, 5б — недоношенных новорожденных

показатель детской смертности снизился с 15,6% в 2000 г. до 9,3% в 2014 г. (на **40,3%**), а показатель младенческой смертности — с 11,9% в 2000 г. до 8,0% в 2014 г. (на 25%). Особенности структуры младенческой смертности освещены в 1-й части статьи, но хотелось бы все-таки сконцентрировать внимание на структуре смертности детей 1 года жизни в стационаре и вне его: в 2014 г. первое место заняли травмы и отравления (33,1%); симптомы, признаки и неточно определенные состояния (24,1%); болезни органов дыхания (13,8%), что свидетельствует о наличии социальных проблем, а также о низком уровне подготовки родителей по безопасному уходу за детьми раннего возраста в домашних условиях.

А вот в структуре смертности детей первых пяти лет жизни в течение последних лет определяется стабильная ситуация (рис. 4) [1]. Известен тот факт, что смертность детей первого года жизни является определяющей в формировании показателя детской смертности, а поэтому на первых местах среди причин находятся состояния, связанные с перинатальным периодом и врожденные аномалии развития. А вот на третьем месте — абсолютно предотвратимые внешние причины (травмы и отравления). Именно поэтому решающим фактором в процессе дальнейшего снижения показателя детской смертности будет дальнейшее внедрение эффективного антенатального и перинатального скрининга, детальное консультирование родителей по созданию зоны безопасности для развития ребенка, рациональной смены организационных и клинических подходов к оказанию помощи беременным и детям.

Заболееваемость детей и вакцинация

Тенденция изменения состояния здоровья детей в Украине носит негативный характер (несмотря на улучшение показателей смертности в этой группе детей), а именно: по данным официальной статистики, у каждого седьмого ребенка при рождении отмечают отклонения в состоянии здоровья, а после рождения частота больных детей увеличивается [5, 6]. Это четко видно на рис. 5а и 5б: за период с 2010 г. частота заболевших доношенных новорожденных практически не изменилась, хотя уменьшилось количество рожденных детей (рис. 5а). Такая же динамика наблюдается и с частотой больных недоношенных новорожденных, которая за последние пять лет остается достаточно высокой (рис. 5б).

По официальным статистическим данным о заболеваемости и распространенности болезней среди детей 0–17 лет жизни, эти показатели за последние пять лет

имеют четкую тенденцию к снижению (рис. 6). Анализ данных, приведенных на рисунках 5 и 6, еще раз подтверждает тот факт, что беременность, роды и первые пять лет жизни играют самую решающую роль не только в формировании трудоспособного зрелого будущего, а также и показателей в стране.

Одним из наиболее важных аспектов снижения уровня смертности и заболеваемости у детей, а также снижения частоты тяжелого течения и развития осложнений от инфекций является вакцинация. В зависимости от уровня экономического развития, каждая страна выбирает для себя перечень «управляемых» инфекций в соответствии с потребностями не только страны, а и региона. Так, например, в Германии обязательной является вакцинация против 18 инфекций. Эффект от специфической иммунопрофилактики продемонстрирован в огромном количестве исследований. К примеру, исследования, проведенные в 11 странах Западной Европы, продемонстрировали, что стоимость лечения 1 случая заболевания корью составляет 209–800 евро, в то время как затраты на вакцинацию против кори и контроль — 0,17–0,97 евро на человека. Последние 30 лет иммунопрофилактики в Европейском регионе ВОЗ принесли очень значительные плоды: с 2002 г. данный регион стал свободным от полиомиелита, а за последнее десятилетие количество случаев кори уменьшилось более чем на 90%. В 2011 г. вакцинация против кори в мире составила 84% в группе детей 12–23 месяцев жизни, а в странах-членах ВОЗ ее уровень достиг 90%.

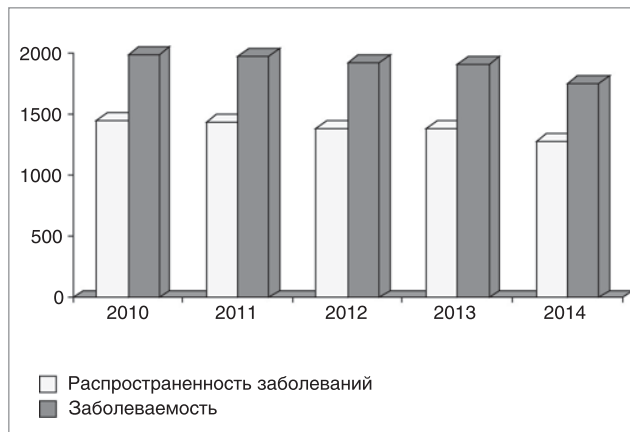


Рис. 6. Заболеваемость и распространенность заболеваний среди детей 0–17 лет, Украина, 2010–2014 гг., на 1000 соответствующего населения [5]

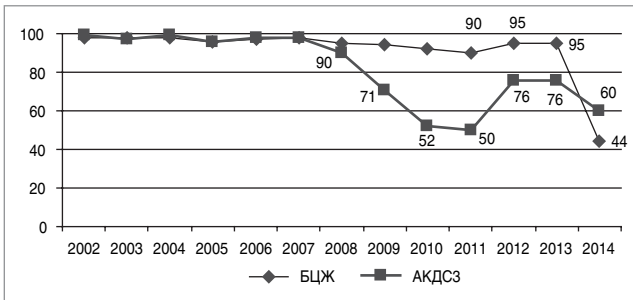


Рис. 7. Динамика охвата вакцинацией: БЦЖ и АКДС (3 вакцинации), Украина, 2002–2014 гг., %

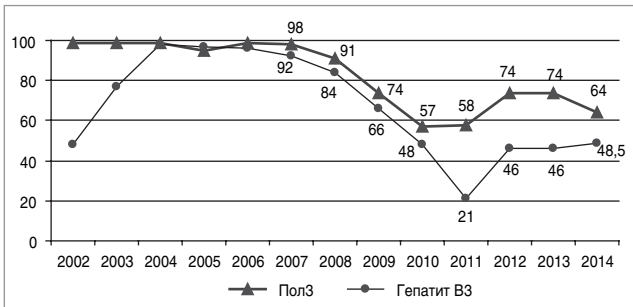


Рис. 8. Динамика охвата вакцинацией: полиомиелит (3 вакцинации), гепатит В (3 вакцинации), Украина, 2002–2014 гг., %

В Украине согласно двум законодательным документам (Закон Украины «Про защиту от инфекционных заболеваний» и «Программа по иммунопрофилактике до 2015 года») предусмотрено финансирование вакцинации против 10 инфекционных заболеваний: туберкулеза, вирусного гепатита В, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, инфекции вызываемой *Neisseria meningitidis* (Hib), кори, паротита и краснухи. На рынке Украины представлены как моновакцины, так и комбинированные вакцины, безопасность которых высока, а уровень реактогенности по сравнению с моновакцинами не увеличен.

За последнее десятилетие календарь вакцинаций пересмотрен три раза: в 2006, 2011 и 2015 гг.; а вообще за годы независимости Украины проведено шесть пересмотров действующего календаря вакцинаций. Но для того, чтобы от вакцинации получился достоверный эпидемиологический эффект, необходим охват вакцинацией как минимум 95% населения; при этом очень важным является своевременность проведения вакцинаций в определенные календарные сроки и полнота вакцинации. Если на примере четырех инфекций рассматривать динамику охвата вакцинациями детей первого года жизни, то видно, что до 2007 г. включительно охват вакцинацией был постоянно высоким (98–99%). С 2008 г. отмечается регрессивный тренд, и в 2014 г. зарегистрирован рекордно низкий охват вакцинацией: охват БЦЖ снизился до 43,8%, полным курсом АКДС (3 вакцинации) — до 60,1%, против полиомиелита (3 вакцинации) — до 64,3%, против гепатита В (3 вакцинации) — до 48,5% (рис. 7, 8) [1, 4, 7]. В 2015 г. ситуация с вакцинацией оказалась еще хуже.

По мнению экспертов ЮНИСЕФ и ВОЗ, в Украине сложилась очень неблагоприятная ситуация с «управляемыми» инфекциями, обусловленная в первую очередь неполным и нерегулярным централизованным обеспечением вакцинами за счет государственного бюджета. То есть самыми незащищенными остались самые уязви-

мые слои населения: дети из неполных семей, из сельских районов, из семей с низким уровнем дохода, многодетных семей. Некоторое увеличение охвата вакцинацией в 2012–2013 гг. сменялось в 2014 г. значительным снижением этих показателей.

Но есть еще одна проблема: это вакцинация против дополнительных инфекций (инфекции, вызванные ротавирусом, пневмококком, RSV, вирусом гриппа). Данные виды вакцинации полностью лежат на финансовых возможностях родителей. А это значит, что подавляющая часть детского населения (даже из группы высокого риска заболевания инфекциями, вызванными данными возбудителями) останется не вакцинированной. Известно, что больные дети (а особенно больные недоношенные дети) наиболее подвержены приобретенной инфекционной заболеваемости, и именно у этой категории пациентов высокий риск тяжелого течения любой инфекции и развития различных осложнений с наибольшей частотой летальных исходов. Именно на категорию преждевременно рожденных детей и должна быть направлена обязательная дополнительная вакцинация, причем не за счет родителей. Такой подход является резервом в дальнейшем снижении тяжелой инфекционной заболеваемости и смертности детей от «управляемых» инфекций в группе детей с массой тела менее 1500,0 г при рождении, которых в 2014 г. родилось 3427, а к концу первого года жизни выжило 2263 (66%) [1].

Организация помощи детям и реформы

Количество медицинских учреждений системы МЗ Украины, в которых оказывалась помощь детям, в 2014 г. насчитывала специализированную больницу «Охматдет», 27 областных детских больниц, 59 детских городских больниц, 4 инфекционных больницы, 2 туберкулезные больницы для детей, 39 домов ребенка и 101 санаторий; общее количество детских коек по стране в 2014 г. составило 43668 [5]. Причем в результате реструктуризации коечного фонда и изменения структуры лечебных учреждений за период 2010–2014 гг. сократилось 9840 детских коек, что привело к уменьшению обеспечения стационарными койками с 66,3 на 10 тыс. детского населения в 2010 г. до 57,50 в 2014 г. Это сокращение произошло за счет закрытия маломощных детских городских больниц (с 94 до 59) и одной детской туберкулезной больницы.

Опыт многих стран уже давно продемонстрировал очень простую, но важную закономерность: чем ниже уровень развития первичного звена медико-санитарной помощи, тем неэффективнее и затратнее является система здравоохранения в стране. Последние пять лет в стране проходит реформирование этого самого звена, результатом чего явилось увеличение лечебных учреждений семейной медицины: с 4729 в 2012 г. до 5656 в 2014 г. (около 65% размещены в сельской местности), а количество семейных врачей возросло с 8367 в 2009 г. до 11326 в 2014 г., но только 69,14% из них оказывают помощь детскому населению от рождения. При этом уменьшилось количество участковых педиатров с 10200 в 2010 г. до 4900 в 2014 г. За этот же период общее количество врачей

Таблица 7

Обеспеченность городского детского населения 0–17 лет педиатрами, Украина, 2010–2014 гг.

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014
Обеспеченность на 10 тыс. городского детского населения 0–17 лет	10,20	9,30	6,20	5,70	4,9

Таблица 8

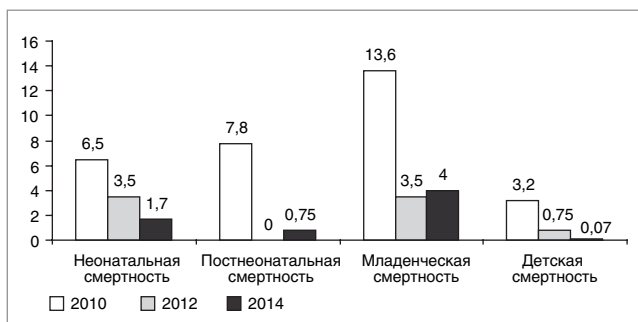


Рис. 9. Результаты пилотного внедрения стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» во II пилотном районе, 2010, 2012, 2014 гг., ‰ (отчет фазы раннего внедрения стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» в Украине)

Основные проблемы, выявленные при оценке 7 районных медицинских учреждений стационарной помощи детям, Украина, 2013 г.

№	Проблема	Частота выявления, %
1	Отсутствие показаний к госпитализации	61
2	Неверный диагноз	61
3	Несоответствующее лечение	61
4	Полипрагмазия	81
5	Ненадлежащий мониторинг	82
6	Неполная оценка статуса питания	91
7	Ненадлежащее использование инфузионных растворов	54

Примечание: Mission report – Marzia Lazzarini MD, DTMH, MSc, PhD.

педиатров уменьшилось с **14400** до **10940** [5]. Такая кадровая ситуация ухудшается еще и тем, что на уровне первичного звена и в районных стационарах работает большое количество медицинских работников пенсионного и глубоко пенсионного возраста, что по сути повышает дефицит врачебных кадров.

Динамика обеспеченности педиатрами на 1000 детского населения наглядно показана в таблице 7 [1, 5, 6].

Оказание медицинской помощи детскому населению требует определенных навыков и знаний. Учитывая то, что у большинства больных детей наблюдается сразу несколько клинических симптомов различных заболеваний, оказание медицинской помощи семейными врачами является несколько сложным, особенно учитывая отсутствие определенного оснащения (например, отоскопы) на уровне амбулаторий и фельдшерских пунктов. Популяционные исследования, проведенные в США, продемонстрировали такую закономерность: более 60% детей имеют как минимум 1 заболевание, около 20% детей – комбинацию из 3 проблем/заболеваний, а у около 50% детей регистрируются различные психиатрические расстройства (наиболее частые – расстройства поведения).

Любой стране для оказания качественной помощи необходимы стандарты, которые эта страна может внедрить. Именно поэтому в Украине с 2008 г. начался процесс адаптации стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ), которая на сегодня является тем самым уникальным стандартом, который может качественно сработать в условиях реформирования и кадрового дефицита. Более 100 стран в мире уже адаптировали и внедрили у себя стратегию ИВБДВ для снижения детской заболеваемости и смертности.

На рисунке 9 приведены результаты пилотного внедрения стратегии ИВБДВ в одном из пилотных районов (такая тенденция достигнута и в других пилотных районах).

В результате пилотного внедрения ИВБДВ удалось достигнуть не только улучшения показателей, но и значительного повышения качества оказания медицинской помощи детям и уровня удовлетворенности родителей.

И еще один важный вопрос: оказание стационарной помощи детскому населению, которое на уровне районных больниц также имеет определенные сложности. В 2013 г. эксперт ВОЗ при поддержке МЗ Украины провел

независимую оценку 7 районных больниц на предмет оценки качества оказания стационарной помощи детям первых пяти лет жизни. Эксперты выявили ряд проблемных вопросов, которые влияют не только на качество медицинской помощи, но и на уровень детского здоровья. Наиболее значимые проблемы сгруппированы в таблице 8.

Как демонстрируют данные такого независимого «среза», одного только сокращения коечного фонда и переориентации медицинской помощи детям на семейную медицину для решения всех этих проблем явно недостаточно. По мнению международных экспертов, самыми насущными и действенными путями устранения этих проблем являются пересмотр действующих клинических протоколов, адаптация пособия ВОЗ/ЮНИСЕФ «Оказание стационарной помощи детям», пересмотр подходов к кадровому потенциалу.

Выводы

Безусловно, за период 2000–2014 гг. Украина достигла значительных результатов в улучшении оказания медицинской помощи детям. Практически полностью реформирована перинатальная помощь, что проявляется не только в изменении клинических подходов, но и в радикальном пересмотре организационных аспектов: изменение регионализации перинатальной помощи, открытие современных перинатальных центров в половине областей Украины, новые клинические протоколы. Начато внедрение системы катamnестического наблюдения за новорожденными детьми.

Страна пошла по пути оптимизации первичного звена медико-санитарной помощи детям путем адаптации и пилотирования стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста». Достигнуты поставленные перед страной цели тысячелетия.

Но в то же время, мы начинаем по многим причинам утрачивать достигнутое. Большинство причин должны быть решены на уровне государства. Современные темпы жизни не дают времени на медленное «раскачивание лодки» реформирования медицинской помощи. Потому каждый шаг по изменению организации здравоохранения в стране должен быть тщательно продуман и выверен специалистами высокого класса, для того чтобы в период реформ уязвимое детское население не оказалось без современной, доступной, качественной медицинской помощи на всех уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. — Назва з екрана.
2. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини MATRIX — BABIES: аналітично-статистичний довідник протягом 2014 року щокварталу (до звіту Донецької області не увійшли дані за третій квартал 2014 року з міст Макіївка, Шахтарськ, Харцизьк, Селидове, Ясинувата; до звіту Луганської області не увійшли дані за третій квартал 2014 року) / МОЗ України; ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». — Київ, 2015. — С. 49.
3. Цілі розвитку тисячоліття. Україна 2013: Національна доповідь. — Київ, 2013. — С. 176.
4. Цілі розвитку тисячоліття. Україна 2015: Національна доповідь. — Київ, 2015. — С. 80—89.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2014 рік / МОЗ України; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — Київ, 2015. — 452 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2013 рік / МОЗ України; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — Київ, 2014. — 423 с.
7. Child health measurement and indicators — an update in a gaps perspective. — RICHE Work Package 2. — Stockholm, 2011.
8. Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child survival. — WHO and UNICEF, 2012.
9. Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2013 revision. — Data as of June 27, 2014.
10. World health statistics 2013. — WHO, 2013. — ISBN 978 92 4 156458 8.

Діти перших п'яти років життя: динаміка складових у контексті досягнення цілей тисячоліття. 2 частина**Л.В. Квашина¹, Є.Є. Шунько², І.Н. Матвієнко¹**¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна²Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

За період 2000–2015 рр. Україна досягла значних успіхів у зниженні показників ранньої неонатальної, неонатальної та дитячої смертності. Але ще залишається низка проблемних питань на амбулаторному рівні надання медичної допомоги дітям: з 2008 р. відмічається регресивний тренд охоплення населення вакцинацією проти 10 інфекцій, який у 2014 р. досяг низького рівня з подальшим погіршенням ситуації на початку 2016 р. Охоплення БЦЖ знизилось до 43,8%, повним курсом АКДС — до 60,1%, проти поліомієліту — до 64,3%, проти гепатиту В — до 48,5%. За період 2010–2014 рр. також відбулись кадрові зміни, які відобразились на якості надання медичної допомоги дітям на амбулаторному рівні: зменшилась кількість дільничних педіатрів із 10200 до 4900 з паралельним зростанням сімейних лікарів (з 8367 до 11326), з яких тільки 69,14% надають медичну допомогу дітям від народження.

Недостатня кількість сучасних клінічних протоколів, «старіння» та нестача лікарів-педіатрів, відсутність реально діючого соціального захисту дитячого населення диктують необхідність широкого впровадження простих, але водночас дієвих технологій, однією з яких є стратегія ВООЗ/ЮНІСЕФ Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку.

Ключові слова: діти перших п'яти років життя, досягнення цілей тисячоліття.

Children of the first five years of life: the dynamics of the components in the context of achievement of the Millennium Development Goals. Part 2**L. V. Kvashnina¹, E. E. Shun'ko², I. N. Matvienko¹**¹SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv²P.L. Shupik National Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

From 2000 the Ukraine dramatically declines the main data (early neonatal, neonatal and under five mortality rates). But from the other side there are lots of problems at the primary medical care level exist: there is regressive trend of complete vaccination coverage from 2008th. F.e. in 2014th the coverage of BCG was 43.8%, the coverage of vaccination against measles, diphtheria, tetanus declined till 60.1%; against polio — till 64.3%, against hepatitis B — till 48.5% with subsequent worsening of this situation at the beginning of 2016th. For the period 2000–2014th there have been changes in medical personnel: the number of district pediatricians decreased from 10.200 in 2010th till 4.900 in 2014th with simultaneous increasing of number of family doctors from 8.367 in 2009th till 8.367 in 2014th, but only 69.14% out of family doctors can take medical care for children from neonatal age.

Lack of modern clinical guidelines, «ageing» and lack of pediatricians, lack of real social protection of child population dictate the need for the widespread implementation of simple but at the same time effective technologies the one of the which is WHO/UNICEF strategy Integrated Management of Childhood Illness.

Key words: children of the first five years of life, the achievement of the Millennium Goals.

Сведения об авторах:

Квашина Людмила Викторовна — д. мед. н., проф. зав. отделением медицинских проблем здорового ребенка и преемственных состояний ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8, тел. (044) 483-90-56.

Шунько Елизавета Евгеньевна — д. мед. н., проф., зав. каф. неонатологии НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044)236-09-61.

Матвієнко І.Н. — к. мед. н. НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.