

*Material and Methods.* A valuable source of macro- and microelements, vitamins, dietary fiber is a secondary raw material oil crops (flakes). Schroth - solid residue oilseeds after removal from the oil extraction process it is a byproduct of the production of vegetable oils. Thus, meal from fruits thistle, flax seed, oats, pumpkin, wheat, wheat germ with seeds of grapes is the source of the protein with a high biological value and certain essential amino acids, dietary fibers (cellulose, pectin, cellulose, hemicellulose, lignin), fats (including polyunsaturated fatty acids (omega-3, omega-6, omega-9), carotenoids, tocopherols, vitamins A, C, E, B group, beta-carotene, macro- and microelements Ca, P, K, S, Mg, Cl, Zn, Fe, Mn, Cu, Se, Br, F, I, Ni, and others. The most widespread diet aimed at weight reduction.

*Results.* In patients with MS who consumed a diet with a meal in 6 months, a decrease massf body occurred in an average of 3-4 kg per month by the end of observation - 21.9 % sistolocheskoe and diastolic blood pressure decreased by 16.6-18.1 % decrease in blood glucose was 18.9 % of the total serum cholesterol - 33.2 %. Decreased performance trigletseridov, cholesterol, LDL and very low density. As a result of weight loss, normalization of lipid, carbohydrate spectrum of the blood levels of systolic and diastolic blood pressure in patients of the second group consumed a diet with meal, significantly improved overall physical and emotional state, increased exercise tolerance.

## **РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ З ПОЗИЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗОВАНОГО ДИТИНСТВА (ЛЕКЦІЯ)**

*Івахно О.П.*

Кінець 20 ст. відзначився: різким постарінням населення, епідемією хронічних неінфекційних захворювань, поширеністю хвороб через високу мобільність населення, збільшенням чинників ризику навколишнього середовища, резистентністю мікроорганізмів, обмеженістю ресурсів фінансування закладів охорони здоров'я, підвищенням вимог до якості та доступності медичних послуг.

Незбалансоване харчування, низька фізична активність, нездоровий спосіб життя сприяють поширенню хронічних неінфекційних хвороб, серед яких серцево-судинні, онкологічні, респіраторні, ендокринні та соціально обумовлені - ВІЛ/СНІД, туберкульоз посідають провідні місця і смертність від яких складає 60 % від загальної.

Функціональні можливості організму сучасного покоління дітей знижені через відсутність інтересу до активних занять спортом завдяки широкому впровадженню технічних засобів навчання і відпочинку, порушення якості харчування, погіршення екологічної обстановки.

Реформування МОЗ України, санітарно-епідеміологічної служби у 2011–2015 рр. призвело до значних змін не тільки у штатному розкладі спеціалістів медико-профілактичного профілю, але й до переформатування функціональних обов'язків лікарів гігієнічних фахів.

Так, на кінець 2014 року на посадах державних службовців за фахом «Гігієна дітей та підлітків» передбачено 56 штатних одиниць, зайнято 37, фізичних осіб 36. У лабораторних центрах передбачено 178 штатних посад лікарів з гігієни дітей та підлітків, зайнято 114, фізичних осіб 102.

Якщо звернутися до звіту МОЗ за 2014 рік, то фахівців з ГДП всього по Україні – 5. Це що за інформація? Як її можна оцінити? Яким чином вона формувалася?

Перехід на нову систему медичного обслуговування населення України, з акцентом на первинну медико-санітарну допомогу, внесло також корективу у штатний склад медико-профілактичних закладів. На кінець 2014 року лікарів загальної практики – сімейної медицини налічувалося 12344, педіатрів – 9369, у порівнянні – лікарів санітарної групи лише 1641 замість 50000 у 2011 році та 29900 – у 2013. Повернувся до попередньої цифри – реформа санепідслужби призвела до майже повного скорочення лікарів з гігієни дітей та підлітків – до 5 осіб.

Відбулось вилучення та значне обмеження функцій лікаря-гігієніста у розділі запобіжного санітарно-епідеміологічного нагляду, скорочення частоти планових обстежень об'єктів, за Постановами КМ України 1405, 869, у залежності від їх ступеня ризику, обов'язковість оповіщення адміністрації закладу за 10 днів до планового відвідування об'єкту та його змісту, значно знижує ефективність та дієвість заходів здоров'язберігаючого плану.

Новою Постановою КМ України до 30 червня 2016 року знову введена заборона на такі обстеження, але ж для дітей починається оздоровчий період, який потребує жорсткого контролю за умовами відкриття до роботи закладів оздоровлення та відпочинку.

Проблема, яка створена у суспільстві щодо профілактичного напрямку в охороні здоров'я, має прямий відгук у вирішенні питань медичного забезпечення організованих колективів дітей, що виховуються, навчаються, оздоровлюються у закладах різного типу.

Урядом України заплановане розпорошення функцій державної санепідслужби (ДСЕС) між різними відомствами, що не додає позитиву. Зважаючи на досить складну демографічну ситуацію, збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління є одним з надважливих завдань сьогодення.

Періодичними медичними оглядами у 2014 році охоплено 98,07 % дітей, які дали змогу виявити провідні порушення функцій зору, опорно-рухового апарату. Щодо захворюваності, то, як і в минулі роки, хвороби органів дихання посідають перше місце, на другу та третю позиції вийшли хвороби шкіри і травми, а хвороби органів травлення, ока та його додаткового апарату мають майже однаковий рівень.

З віком дітей, від народження до 18 років (табл. 1), у 7 і 6 разів підвищується рівень хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ендокринні хвороби і розладу харчування та порушення обміну речовин, у 3 і більше разів – хвороби нервової, сечостатевої систем, ока та його додаткового апарату, органів травлення.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб в Україні у 2013 р. (на 1000 дітей)

Основні класи хвороб	Вікові групи дітей, років		
	0-6	7-14	15-17
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	76,43	60,45	49,61
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	26,50	114,72	153,91
Хвороби нервової системи	35,27	60,42	120,84
Хвороби ока та його додаткового апарату	56,15	126,28	174,65
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	53,27	42,63	42,11
Хвороби органів дихання	1128,55	924,58	762,50
Хвороби органів травлення	64,17	178,27	100,30
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	87,94	78,27	100,30
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	25,01	107,86	180,26
Хвороби сечостатевої системи	33,91	49,17	110,63
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	36,59	71,23	75,58

Указані зміни пов'язані не тільки з анатомо-фізіологічними особливостями дітей різного віку, але й з умовами життєдіяльності, рівнем медичного нагляду. Реформа ДСЕС не знижує її відповідальність за умови перебування дітей у виховних закладах.

За звітом ДСЕС у 2014 році під наглядом знаходилось 72,1 тис. об'єктів для дітей та підлітків, із них 12,3 – ДНЗ, 17,1 – ЗОШ, 830 – інтернатів, 14,0 – оздоровлення та відпочинку, 5,7 – позашкільних і 16,2 – їдалень при навчальних закладах (ЗОШ, ліцеї, гімназії, ПТНЗ, НВК, ВНЗ I–II ступенів акредитації). Тільки за 1 рік (2013 – 2014 рр.) чисельність об'єктів для дітей та підлітків скоротилась на 10 тис. 302, із них: 1,3 тис. ДНЗ, 1,6 – ЗОШ, 4,3 – оздоровчі, 124 одиниці – інтернатних та 35 – для дітей – сиріт, 404 – позашкільних, 1,5 – їдалень при навчальних закладах, в результаті анексії Криму та подій на Сході України.

У зв'язку із заборонаю на перевірки ними охоплено у 2014 році лише 61,6 % ДНЗ, 59,5 % - ЗОШ, 86,3 % – оздоровчих закладів, які виявили ряд недо-

ліків, серед них встановлені погіршення якості питної води за бактеріологічними і санітарно-хімічними показниками, порушення системи водопостачання, каналізування, опалення об'єктів.

Не підключені до центральних мереж водопостачання – 2257 ДНЗ і ЗОШ, на привозній воді працюють 1072 вказаних об'єктів, каналізовані на вигріб – 12595, на пічному опаленні працюють 1895 навчальних закладів.

Порушення умов перебування дітей у навчально-виховних закладах сприяє розвитку інфекційних захворювань, харчових отруєнь (табл. 2).

У 2014 році під Держсанепіднаглядом знаходилися 359 підприємств з різною формою власності по виготовленню товарів дитячого вжитку. Реалізація товарів дитячого асортименту виявила ряд порушень: відсутність висновку про якість продукції; недотримання режиму зберігання товару; порушення термінів проходження профілактичних оглядів працівниками закладів, невідповідність продукції чинним санітарно-епідеміологічним вимогам.

Таблиця 2

#### Рангові місця захворювань

Рангові місця	Роки		
	2012	2013	2014
I рангове місце	Ротавірус (10)	Ротавірус (5)	Шигельоз (4)
II рангове місце	Сальмонельоз (6)	Сальмонельоз (3)	Сальмонельоз (3)
III рангове місце	ВГА та ГЕК (по 3)	ГКІ, шигельоз, ВГА та ін. (1)	Аденовірусна інфекція (2)

Санепідслужбою у 2014 році вжито ряд профілактичних заходів щодо порушень на об'єктах для дітей, яких значно менше, ніж у попередні роки.

Санітарно-просвітня робота та гігієнічне навчання працівників дитячих закладів на сьогодні досить важливі у профілактичній роботі лікаря-гігієніста.

Враховуючи подане, роль санітарно-епідемічного нагляду за об'єктами для дітей є надважливою. Тільки систематичний моніторинг за умовами життєдіяльності дитини, станом здоров'я підростаючого покоління є реальним механізмом збереження здоров'я нації.

За даними ряду науковців (Мусийчук Ю.И., Ломов О.П., Кудрявцев В.М., 2009) найбільшу значимість при оцінці громадського здоров'я населення мають демографічні показники та показники захворюваності, що не повною мірою відповідає показникам здоров'я дітей, і це обов'язково необхідно врахувати при перегляді форм статистичної звітності.

У ДСЕС зміни мали радикальний характер, які повністю обійшли питання гігієни дитинства.

Ще Постановою КМУ від 10.09.2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» утворені: «Держслужба України з

питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів», реорганізувавши шляхом перетворення Державну ветеринарну та фітосанітарну службу і приєднавши до неї Державну інспекцію з питань захисту прав споживачів і ДСЕС та поклавши на нову службу функції з реалізації державної політики, які виконували органи, що припиняють свою діяльність; Держслужбу України з питань праці шляхом злиття Держінспекції з питань праці та Держслужби гірничого нагляду та промислової безпеки.

У вересні 2015 р. Постановою КМУ № 667 затверджено «Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів».

Розпорядженням КМУ від 2 вересня 2015 року № 909–р дозволено утворити у сфері МОЗ України ДУ «Центр громадського здоров'я» шляхом злиття державних підприємств, установ, організацій, що визначені Міністерством, а також ті, що передані йому за переліком, визначеним ДСЕС для здійснення функцій у сфері епідеміологічного нагляду.

Наказом МОЗ України № 604 від 18.09.2015 р. затверджено Статут ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Наказом ДСЕС України від 20 жовтня 2015 року № 170 «Про реорганізацію державних підприємств та установ» визначений перелік та термін реорганізації Держпідприємств і установ СЕС, який завершиться до 31.12.2015 р.

Постановою КМУ № 442 від 10.09.2014 року визначена координація діяльності центральних органів виконавчої влади.

Так, безпосередньо КМУ спрямовується та координується діяльність:

Держслужби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів;

через Мінсоцполітики України – Держслужба з питань праці;

через МОЗ України – ДУ «Центр громадського здоров'я».

Таким чином, система санепіднагляду в Україні перебуває у перехідному періоді і за національним консенсусом функції будуть передані до МОЗ України.

В Україні затверджено національний план заходів з імплементації та реалізації засад Європейської політики «Здоров'я–2020» щодо підтримки дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя відносно неінфекційних захворювань.

Українську систему епіднагляду з профілактики інфекційних захворювань і боротьби з ними оцінила у жовтні 2015 року за новими стандартами Єврокомісія (ECDC – Європейський центр профілактики та контролю захворювань).

Щодо громадського здоров'я, то це попередження виникнення хвороб, продовження активного життя і його зміцнення за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, державних та приватних організацій, місцевих громад та окремих осіб, яке базується на засадах превентивної (профілактичної) медицини.

Профілактикою впливу зовнішніх чинників та умов життєдіяльності на здоров'я людини опікувалася Держсанепідслужба.

Замість контролюючої функції ДСЕС має прийти інша – встановлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку різних патологічних станів у людини з факторами довкілля, виробництва, умовами проживання.

В результаті на сьогодні маємо зруйновану систему профілактичної медицини, що не дозволяє адекватно реагувати на шкідливий вплив факторів життєдіяльності людини і попереджати ускладнення санітарно-епідемічної ситуації на всіх рівнях суспільного життя.

Пропонуються Гуцук І.В. такі варіанти формування профілактичної служби в Україні шляхом:

- ▶ реорганізації існуючої СЕС;
- ▶ створення нової Держслужби з наглядовими та контрольними повноваженнями;
- ▶ створення Національного центру (Агенції) з контролю за громадським здоров'ям.

Але необхідно пам'ятати, що до обов'язків санітарно-епідеміологічної служби відносяться не тільки контролюючі функції, але й обґрунтування гігієнічних нормативів щодо умов життєдіяльності людини, праці, навчання, відпочинку, оздоровлення, розробка нових санітарних стандартів, створення санітарних законодавчих актів. Поява сучасних видів інформаційного забезпечення, будівельних матеріалів та технологій будівництва, продуктів харчування, лікарських засобів, раніше невідомих хвороб, які не піддаються лікуванню існуючими методами, потребують суворого проведення запобіжних і профілактичних заходів – обмеження використання, створення сучасних нормативів вжитку, які, у деяких випадках, не можуть орієнтуватись на чинні в інших країнах світу (Трахтенберг І.М., 2011).

Потребує нагального вирішення також створення нової законодавчої бази, яка значно відстає від інших країн світу. Так, у санітарній сфері країн СНД кожні 5–7 років вводяться у дію нові санітарні правила з експлуатації всіх типів закладів для дітей та підлітків, в Україні ж перезатверджуються документи ще союзного значення, а підготовлені фахівцями нові не набирають чинності або набирають такої зі значною затримкою. Щодо вирішення цього питання у рамках «Центру громадського здоров'я» ми чіткої відповіді не отримали.

Нова політична і санітарно-економічна ситуація в країні потребує збереження провідної ролі державної санітарно-епідеміологічної служби, головною функцією якої повинен бути запобіжний санітарний нагляд, моніторинг по санітарному захисту населених місць – наглядова, контролююча і організаційно – методична діяльність, санітарно-освітня.

Рівень здоров'я населення України на сьогодні низький і у найближчий час не матиме позитивних змін, що необхідно враховувати у профілактичній медицині. Сучасний лікар – профілактик повинен знати методи визначення і

оцінки стану здоров'я населення різного віку, встановлення факторів ризику, вміння розробляти профілактичні заходи та оцінювати їхню ефективність. Без такої схеми ні один запобіжний процес не має сенсу на існування.

Проведення фундаментальних наукових досліджень гігієнічного спрямування як ніколи актуальні, особливо з питань екологічної безпеки в Україні, обґрунтування ефективних профілактичних і оздоровчих заходів для всіх вікових груп населення.

Разом з тим, рядом законопроектів Уряду України «Про регулювання містобудівної діяльності», «Про внесення змін до деяких законів України стосовно набуття права на вчинення певних дій щодо провадження господарської діяльності або видів господарської діяльності на підставі декларації відповідності матеріально-технічної бази вимогам законодавства», «Про вдосконалення дозвільної системи у будівництві» скасовуються всі повноваження головних державних санітарних лікарів територій щодо здійснення запобіжного держсанепіднагляду: винесення рішень про відповідність вимогам санітарних норм земельних ділянок, що відводяться під будівництво; проектів, будівництва об'єктів і споруд та введенням їх в експлуатацію, і має тільки дорадчу місію.

Зазначені Закони України персоніфікують відповідальність за негативні наслідки в процесі проектування, будівництва, експертизи проектів об'єктів, яка не замінить собою держсанепідекспертизу. Це порушує права громадян на безпечні умови життя, гарантовані Конституцією України, тому що запропонований механізм передбачає заходи відповідного реагування на негативні наслідки, які вже настають (ст. 34, 49, 50).

Зазначені Закони створюють монопольну структуру Мінрегіонбуду щодо дозвільної системи у будівництві і ліквідують запобіжний держсанепіднагляд, що сприятиме штучному створенню потенційного ризику для здоров'я громадян. Особливо це стосується об'єктів I–III класів складності за будівельно-архітектурною класифікацією. А це, перш за все, об'єкти для дітей – із 400000 проектів, що були проекспертовані, 50 % відхилені від дозволу на реалізацію.

За визначенням експертів ВООЗ здоров'я населення на 50 % залежить від безпечного та якісного харчування. Тільки фахівці держсанепідслужби здатні професійно здійснювати контроль за дотриманням норм харчування різних вікових категорій населення, проводити санітарно-гігієнічну оцінку харчової та енергетичної цінності раціонів для різних груп населення, а також оцінку продуктів спеціального призначення, в тому числі дитячого харчування. Але ці функції сьогодні передані іншій структурі. За межами профільної діяльності залишилися тисячі фахівців, а на підготовку нових потрібно багато коштів з держбюджету України і часу. Економічна складова у цьому випадку нівелюється.

На сьогодні в Україні є чинним Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801 – XII від 19.11.1992 р., у статті 27 якого визначено,

що забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя територій і населених пунктів здійснюється за рахунок суворого дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів та організацією держсаннагляду.

Стаття 28 визначає, що для створення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, з метою забезпечення високого рівня працездатності, профілактики травматизму і профзахворювань, отруень та відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я, встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я.

Всі державні стандарти, ТУ, промислові зразки обов'язково погоджувалися з органами охорони здоров'я в порядку, встановленому законодавством.

Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їх діяльності виконання виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей та навколишнє середовище.

Держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку.

У статті 31 Закону визначені обов'язкові медичні огляди населення.

У статті 32 цього Закону вказані заходи щодо сприяння здоровому способу життя населення.

Розділ VII присвячений охороні здоров'я матері та дитини.

З метою виховання здорового молодого покоління з гармонійним розвитком фізичних і духовних сил держава забезпечує розвиток широкої мережі дитячих садків, шкіл-інтернатів, оздоровниць, таборів відпочинку та інших дитячих закладів.

Дітям, які перебувають на вихованні в дитячих закладах і навчаються в школах, забезпечуються необхідні умови для збереження і зміцнення здоров'я та гігієнічного виховання. Умови навчально-трудового навантаження, а також вимоги щодо режиму проведення занять, визначаються за погодженням з центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (стаття 59).

Діти і підлітки перебувають під диспансерним наглядом (стаття 60).

Стаття 61 присвячена дитячому харчуванню.

У статті 62 визначений контроль за охороною здоров'я дітей та проведенням оздоровчих заходів у навчальних закладах усіх типів, організаційно-правових форм та форм власності, які здійснюють органи та заклади охорони здоров'я разом з органами управління освітою і навчальними закладами.

Розділ XII, стаття 80 наголошує, що особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

На сьогодні питання санітарно-епідеміологічного благополуччя вирішу-



ється у різних країнах по-різному.

Так, у Грузії функції держсанепідслужби розподілено між різними відомствами. Контроль за інфекційними захворюваннями передано Національному центру контролю за захворюваннями (Center for Disease Control and Prevention – CDC), сюди ж переданий контроль за станом повітря і води.

У РФ ДСЕС функціонує разом із службою захисту прав споживачів. Ветеринарна служба існує окремо.

В Італії, Австрії – ветеринарна служба знаходиться у системі охорони здоров'я і є її підрозділом.

У США в системі МОЗ і соціальної політики існує служба громадського здоров'я, яку очолює генеральний хірург США (подібно до функції Головного державного санітарного лікаря України).

В Україні створена нова «Служба безпеки харчових продуктів та захисту споживачів», яка нівелює захист здоров'я людини, тому що без участі МОЗ вона не може взяти на себе відповідальність за протиепідемічні заходи стосовно інфекційних хвороб, організацію протиепідемічних заходів у школах, ДНЗ, лікувальних установах (Кравчук О., 2014).

Необхідно пам'ятати, що профілактика хвороб у дитячому віці – це інвестиції у здоров'я і розвиток країни на майбутнє.

Ситуація, яка склалася в Україні у зв'язку з реформуванням охорони здоров'я, в першу чергу торкнулася саме організованого дитинства. Медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини не вирішує всі питання шкільної служби здоров'я. За статутом ЦПМСД предметом їх діяльності є планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів населення, в тому числі і дитячого (за наказами МОЗ України № 149, 682, 382, 728 (дорослого населення, 2010 р.), 518/684, Постановою КМУ № 1318 (2008) зі змінами 2013, 2015), проведення профілактичних щеплень (наказ МОЗ України № 595 зі змінами 551) та профілактичних і протиепідемічних заходів; вивчення, аналіз і прогнозування показників здоров'я населення та участь у розробці заходів, спрямованих на його збереження і покращення.

На сьогодні в Україні повністю зруйнований дошкільно-шкільний блок, який був при дитячих поліклініках. Різна місія ЦПМСД і дитячих поліклінік виключила можливість постійного медичного контролю за умовами навчання, харчування, трудового виховання, фізкультурно-оздоровчої роботи, протиепідемічних і профілактичних заходів саме у навчальних закладах. Під особливим медичним контролем повинні знаходитись організація харчування і фізичного виховання дітей. Профілактика харчових отруєнь, повноцінність раціонів харчування дітей за віком і станом здоров'я, відповідність фізичних навантажень під час фізичного виховання і трудового навчання стану здоров'я дитини є провідним в умовах навчально-виховного закладу. Широкий спектр надання харчових послуг дітям в умовах сучасного навчального закладу (їдальні повного циклу, їдальні-доготовочні, шкільні базові їдальні, бу-

фети-роздавальні, комбінати шкільного харчування та ін.) потребує суворого контролю за їх безпечністю для здоров'я вихованців.

Аналіз структури звернень пацієнтів дитячого віку за меддопомогою до лікарів загальної практики у ЦПМСД визначив найвищу її потребу при хворобах органів дихання, травлення та нервової системи і за визначенням фахівців необхідність у консультаціях лікарів – спеціалістів педіатричного профілю потребували пацієнти майже з усіх класів хвороб (від 49 до 100% випадків), особливо для дітей молодшого віку. Вказані цифри говорять про високу потребу сімейних лікарів у консультуванні дітей фахівцями педіатрами на базі консультативно-діагностичних центрів.

На сьогодні виникає багато питань щодо медичного обслуговування організованих колективів дітей безпосередньо на базі ЦПМСД. Наказами № 682, 518/674, 551 передбачені медичні огляди дітей у присутності батьків у лікувально-профілактичному закладі. Чисельність дітей на відповідній лікарській дільниці не співпадає з тими, які навчаються у закладах освіти та потребують медичної допомоги у ЦПМСД. Перевага іде не на користь організованого дитинства, а потужність ЦПМСД не урівноважується масивом дітей під час проведення профілактичних медоглядів. Внесені зміни до Наказу МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (№ 532 від 05.07.2010 р., № 745 від 21.08.2013 р.), Наказ МОЗ № 129 від 23.02.2012 р., № 585 від 21.08.2014 р. не вирішують проблему – до 2020 року дозволено планувати штати педіатрів із розрахунку 1,25 посади на 1000 дітей до 18 років.

Ще згідно з рішенням МОН України № 13/1-2 від 11.11.2008 р. було передбачено посади медичної сестри (фельдшера) із розрахунку 1 посада на 400 учнів, але не менше 0,25 посади, та лікаря-педіатра із розрахунку 1 посада на 1000 учнів загальноосвітньої школи. Повторююсь, що на сьогодні майже повністю зруйнована система медичного обслуговування дітей в умовах навчального закладу. Середній медичний персонал переведений зі шкіл до штату ЦПМСД.

Зважаючи на те, що реальний рівень захворюваності в 1,5 – 2 рази вищий, ніж за офіційною статистикою, то роль періодичних медичних оглядів дітей є надзвичайно важливою.

У країнах СНД прийнята необхідність знизити навантаження на лікаря до 800 школярів, на медичну сестру – до 400, пропонується ввести нову номенклатуру спеціальностей: дошкільно-шкільна медицина, сестринська справа у навчальних закладах, дозволити випускникам медико-профілактичних факультетів працювати лікарями у навчальних закладах. Окрім того, пропонується проводити розширений спектр аналізів крові, сечі у дітей, УЗД щитоподібної залози і органів гепатобіліарної та сечостатевої систем, ехокардіографію, ЕЕГ, ЕКГ, консультацію ендокринолога, гінеколога, уролога-андролога з більш раннього віку, що підвищить на 40 % виявлення хвороб, які знижують соціальну адаптацію дитини, якість її життя. Слушно запо-

зичити цю ініціативу у національній практиці.

На сьогодні є важливим визначення стандартів та системи надання медичної допомоги дітям в умовах навчально-виховного закладу, стандартів медико-санітарної допомоги дітям в ЦПМСД, внесення змін і доповнень у форми державної статистики за показниками здоров'я дітей, формами надання меддопомоги.

Куїнджі Н.Н. і Зоріною І.Г. (2012) запропоновано навчальним закладам використовувати динаміку поширеності близькозорості в школах у якості універсального індикатора здоров'язберігаючого утримання внутрішньошкільного середовища. Тісний зв'язок між поширеністю хвороб очей і організацією навчального процесу, а саме хвороб і матеріально-технічним забезпеченням закладу, віком дітей (5–7 і 11–14 років є критичним за чутливістю до дій факторів середовища і тому є екосенситивним). Зоровий апарат у хлопчиків більш уражений, ніж у дівчат через триваліший термін формування зорового сприйняття. Спадкова міопія формується у дітей раніше в умовах несприятливого навколишнього середовища. Високий рівень зорових порушень у дітей, що формують 1/3 інвалідів по зору, обмежує у виборі професії випускників, є актуальною проблемою. Групи дітей екосенситивного віку (2–3, 6–7, 11–14 років) раціонально формувати для спостереження з метою розробки профілактичних заходів. Визначено, що із показників якості внутрішньошкільного середовища найоб'єктивнішими є: газовий склад повітря у класах і кабінетах протягом навчального дня (вуглекислий газ, аміак), зважені речовини, мікрофлора та інші; складність матеріалу у навчальних підручниках та підвищена щільність уроків, що тісно корелюють із поширеністю хвороб очей, нервової системи, кістково-м'язового апарату у дітей (Гозак С.В., 2014).

У сучасних дітей визначено прискорення статевого розвитку – у хлопчиків з 10 років, у дівчаток – з 8. Зниження м'язової сили у 13–15 і 9-річних школярів обох статей (відповідно на 11–14,6 кг у хлопчиків і 8,5–9,5 кг у дівчаток у порівнянні з 1960 роком) потребує відповідних заходів з її корекції.

Нереалізована біологічна потреба дітей у русі у молодшому віці призводить до формування функціональних, а потім органічних уражень органів і систем (серцево-судинної, кістково-м'язової, ендокринної). Функціональні показники дітей змінюються не синхронно з антропометричними і ступенем біологічного розвитку, але рівень біологічного віку у пубертатному періоді дітей впливає на м'язову силу.

Європейська педіатрична асоціація прийняла концепцію первинної педіатричної допомоги, у якій потреби дітей у медичній сфері знаходяться саме в центрі її організації – формування єдиного профілактичного простору навколо дітей та підлітків з провідною роллю дільничного педіатра.

На найближчий час планується розробити Європейський рамочний документ якості і компетенції у шкільній службі охорони здоров'я. ВООЗ визначила для цього 20 стандартів, які об'єднані у 5 блоків: рівні права,

доступність, приємлемість, відповідність, ефективність.

Країни Європейського регіону ВООЗ розробили та прийняли основи Європейської політики «Здоров'я–2020». Вдосконалення охорони здоров'я, розвиток структур громадського здоров'я, пріоритет медико-санітарної допомоги, вплив на чинники ризику покладено в основу Європейської політики ОЗ.

В Україні розроблена національна стратегія розвитку охорони здоров'я «Здоров'я–2020: український вимір», яка орієнтована на профілактичну медицину, утвердження здорового способу життя.

Формування здорового способу життя та мотивація населення до його виконання складає один із основних розділів програми.

Внесення змін до чинної нормативно-правової бази України потребує врахування проблемних питань з медичного забезпечення організованих колективів дітей, що виховуються, навчаються, оздоровлюються у закладах різного типу.

## **Література.**

1. Закон України від 22.01.2010 р. № 1841-VI «Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року».
2. Указ Президента України від 27.04.2011 р. № 504/2011 «Про Національний план дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».
3. Постанова КМ України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я».
4. Наказ МОЗ України № 384 від 29.06.2011 р. «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги».
5. Наказ МОЗ України № 259 від 02.04.2013 р. Зареєстровано в Міністерстві України 8 квітня 2013 року за № 570/23102 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».
6. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 129 «Примірні штатні нормативи центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги».
7. Бучинський Л.Я. Визначення потреби лікарів загальної практики/сімейних лікарів у консультативній допомозі лікарів-спеціалістів / Л.Я. Бучинський // Україна. Здоров'я нації. – 2013. - № 4(28). – С. 61–65.

8. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 231 від 20.06.2002 р.; Наказом АМН № 65/462 від 30.09.2003 р.; Наказами МОЗ України № 630 від 16.12.2004 р.; № 592 від 02.12.2004 р.; № 688 від 02.11.2007 р.; № 122 від 12.03.2008 р.). (Зміни, передбачені Наказом АМН № 65/462 від 30.09.2003 р. виключено на підставі Наказу АМН № 39/420 від 20.05.2010 р.). (Із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 532 від 05.07.2010 р., № 745 від 21.08.2013 р.).

9. Наказ МОЗ України № 15 від 14.01.2013 р. «Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування».

10. Постанова КМ України від 5 квітня 2014 р. № 85 «Деякі питання затвердження граничної чисельності працівників апарату та територіальних органів центральних органів виконавчої влади, інших державних органів».

11. Наказ МОЗ України № 149 від 20.03.2008 р. «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років».

12. Постанова КМ України № 1318 від 8 грудня 2009 р. «Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів ЗОНЗ» (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 788 від 27.08.2010 р., № 25 від 14.01.2013 р.).

13. Наказ МОЗ України № 177 від 03.04.2008 р. «Про деякі заходи щодо вдосконалення надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям».

14. Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 р. «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні».

15. Наказ МОЗ України № 682 від 16.08.2010 р. Зареєстровано в Міністерстві України 10 вересня 2010 р. за № 794/18089 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів ЗОНЗ» (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 382 від 23.05.2012 р.).

16. Устінов О. Актуальні питання охорони здоров'я у III тисячолітті / О. Устінов // Український медичний часопис. – 2013. - № 3(95). – С. 28 – 31.

17. Наказ МОЗ України № 384 від 29.06.2011 року «Примірний статут центрів первинної медико-санітарної допомоги».

18. Кучма В.Р. Новые подходы к организации медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях / В.Р. Кучма // Российский педиатрический журнал. – 2012. - № 5. – С. 34-38.

19. Кучма В.Р. Современная организация питания детей в общеобразовательных учреждениях/ В.Р. Кучма, С.В. Маслов // Российский педиатрический журнал. – 2012. - № 5. – С. 42-46.

20. Кучма В.Р. Гигиеническая оценка влияния средовых факторов на функциональные показатели школьников / В.Р. Кучма, О.Ю. Милушкина, Н.А. Бочкарёва и др. // Гигиена и санитария. – 2013. - № 3. – С. 91-94.

21. Антонова Е.В. Организация профилактической работы детской поликлиники в условиях образовательной организации / Е.В. Антонова, Л.С. Намазова-Баранова, А.Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. – 2013. - № 6. – С. 8-11.

22. Куинджи Н.Н. Опыт применения социально-гигиеничного мониторинга в гигиене детей и подростков / Н.Н. Куинджи, И.Г. Зорина // Гигиена и санитария. – 2012. - № 4. – С.53-57.

23. Наказ МОЗ України № 696 від 06.08.2013. Зареєстровано в Мініюстиції України 13.08.2013 року за № 1380/23912 «Про затвердження гігієнічних вимог до продуктів дитячого харчування, параметрів безпеки та окремих показників їх якості».

24. Закон України № 4004–XII від 24.02.1994 р. «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».

25. Наказ МОЗ, МОН України № 518/674 від 20.07.2009 р. «Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах».

26. Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

27. Постанова КМ України від 10.09.2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади».

28. Розпорядження КМ України від 02.09.2015 р. № 909-р «Питання Міністерства охорони здоров'я».

29. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801–XII від 19.11.1992 р.

30. Наказ МОЗ України 18.09.2015 № 604 «Про утворення ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

31. Наказ МОЗ України 18.09.2015 р. № 604 «Статут ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

32. Наказ Державної санепідслужби України 20.10.2015 р. № 170 «Про реорганізацію державних підприємств та установ».

33. Постанова КМУ від 02.09.2015 р. № 667 «Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів».

34. Наказ МОЗ України № 595 від 16.09.2011 р. Зареєстровано в Мініюстиції України за № 1159/19897 від 10.10.2011 р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 551 від 11.08.2014 р.).

35. Постанова КМ України № 267 від 25.03.2015 р. «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» (із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 575 від 05.08.2015 р.).

36. Наказ МОН, МОЗ України № 104/52 від 06.02.2015 р. Зареєстровано в

Мінюсті України за № 224/26669 від 26.02.2015 р. «Про затвердження Порядку комплектування інклюзивних груп у дошкільних навчальних закладах».

37. Закон України № 375-VI від 04.09.2008 р. «Про оздоровлення та відпочинок дітей» (із змінами, внесеними згідно із законами 2009–2012 рр., 2014-2015 рр., № 592-VIII від 14.07.2015 р.).

38. Постанова КМУ України від 29.04.2015 р. № 266 «Про затвердження Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти».

39. Наказ МОЗ України 21.08.2014 р. № 585 «Примірні штатні нормативи Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».

40. Антипкін Ю.Г. Нормативні значення показників функціональних проб для визначення резервних можливостей кардіо-респіраторної системи у дітей, залежно від віку та статі : методичні рекомендації № 22.11/95.11 / Ю.Г. Антипкін, Л.В. Квашніна, Л.Г. Кузюк та інш. – К., 2011. – 22 с.

41. Полька Н.С. Скринінгова оцінка адаптаційно-резервних можливостей дітей шкільного віку : методичні рекомендації № 10.13/101.13 / Н.С. Полька, С.В. Гозак, О.Т. Єлізарова та ін. – К., 2013. – 22 с

## **REFORMING THE HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE FROM THE POINT OF HEALTH CARE FOR ORGANIZED CHILD (LECTURE)**

*A.P. Ivakhno*

The lecture presents the problem of health care for organized groups of children and adolescents, taking into account features of formation of children's health and health care reform in the country.

## **ЕКОЗАЛЕЖНА ПАТОЛОГІЯ: ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ (ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКА, ДІЄТА, МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА) (КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ)**

*Бекетова Г.В., Нехаєнко М.І., Масляник Ю.М.*

Хронічний гастродуоденіт (ХГД) – хронічне поліетіологічне, екозалежне, мультифакторіальне, рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової обо-