

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Педиатрия

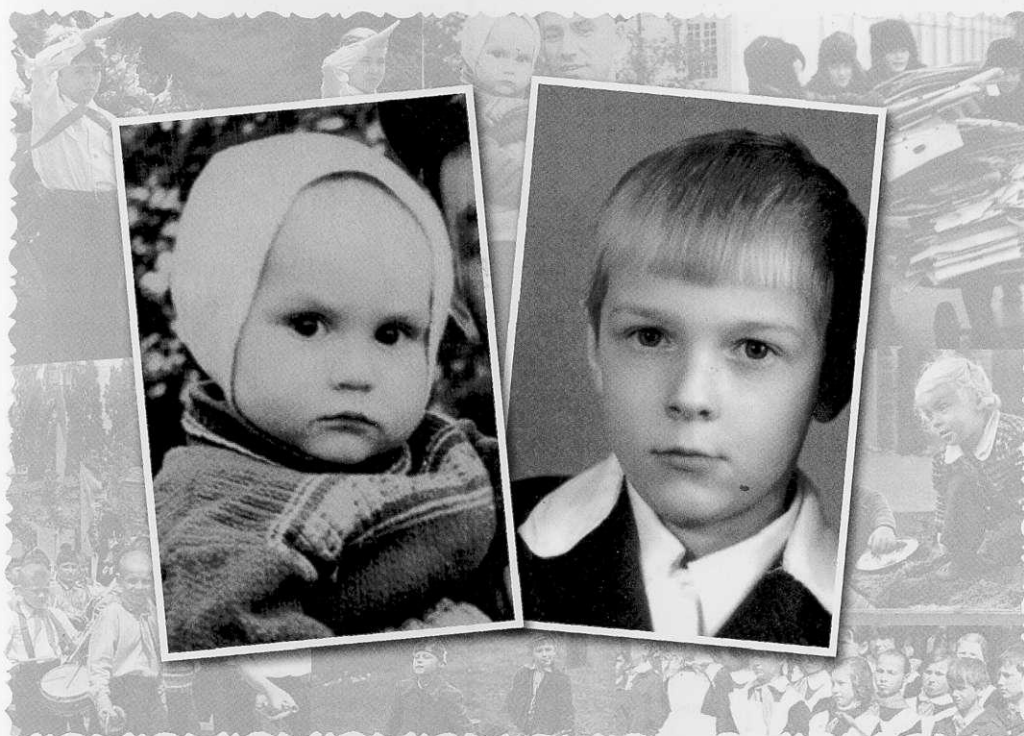
2016, том 4, №3

Восточная
Европа

Pediatrics. Eastern Europe

International scientific journal

2016, volume 4, number 3



ISSN 2307-4345 (print)
ISSN 2414-2204 (online)

ПИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ


МАГНЕ-В₆[®]

Партнеры номера

Ентерожерміна[®]

ISSN 1614-1313.1:616-053.2

Квашнина Л.В.¹, Шунько Е.Е.², Матвиенко И.Н.¹

¹Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины, Киев, Украина

²Национальная академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

Kvashnina L.¹, Shunko, E.², Matvienko I.¹

¹Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²P.L. Schupyk National Medical Academy of Post-Graduate Education, Kyiv, Ukraine

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

Children of the first five years of life: the basic indicators in the context of achieving the Millennium development goals in Ukraine. Part 2

Резюме

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 АКДС – до 60,1%, полным курсом 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 10 200 в 2010 г. до 4900 в 2014 г. с увеличением количества семейных врачей с 8367 в 2009 г. до 11 326 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» (ИВБДВ).

Ключевые слова: цели тысячелетия, младенческая смертность, детская смертность, детская заболеваемость, ИВБДВ (интегрированное ведение болезней детского возраста).

Abstract

From 2000 to 2015 Ukraine achieved significant success in reduction of the early neonatal, neonatal and under-five mortality rates. However, there are many problems at the primary medical care level: there is a regressive trend of complete vaccination coverage from 2008. In 2014 the coverage of BCG was 43.8%, the coverage of vaccination against measles, diphtheria, tetanus reduced to 60.1%; vaccination against polio – to 64.3%, against hepatitis B – to 48.5% with subsequent worsening

читась, а вот вероятность смерти в возрастной период 15–60 лет жизни у граждан Украины неуклонно растет: к 2011 г. этот показатель вырос на 5% у мужчин и на 7% у женщин.

В основе такой ситуации (в том числе ухудшения здоровья детей) лежит целый комплекс как социально-экономических, так и экологических причин: ухудшение качества питания; рост стрессовых ситуаций и нагрузки на психику (в том числе и 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 районах 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 источников, 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).

При анализе информации этих таблиц (табл. 2 и 3) становятся понятными некоторые причины того, почему продолжительность жизни у граждан Украины не изменяется к лучшему, а вероятность умереть в возрасте 15–60 лет растет, а именно: недостаточное финансирование

Таблица 2
Составляющие финансового обеспечения здравоохранения, %*

	% 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.

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).

Так что, 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 непростой.

Ранняя неонатальная смертность

Для оценки эффективности оказания акушерской (антенатальной и стационарной) и неонатологической помощи во всем мире использу-

Таблица 3
Затраты на здравоохранение на душу населения (в пересчете на \$)*

	Общие затраты на здравоохранение, на душу населения, \$		Государственные затраты на душу населения, \$	
	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*

	Врачи	Средний мед. персонал	Стоматологи	Общест. здравоохран.	Соц. работники	Психиатры	Больниц на 100 000 населения, 2010 год	Госпитальные койки	Псих. 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

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

Таблица 5

Динамика показателей смертности по периодам, 1990–2011 гг. (на 1000 рожденных живыми, ‰)*

	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
Словения	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
Тондурас	22	11	43	18	55	21
Уганда	39	28	106	58	178	90

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

есть 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 недостаточной 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%.

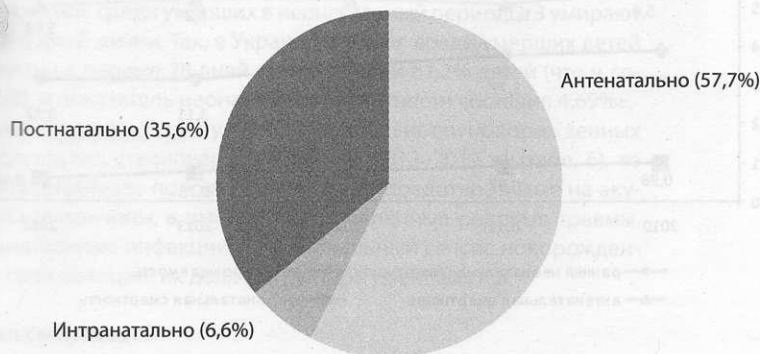


Рис. 1. Структура перинатальной смертности по периодам, 2014 г. (%), Украина [1, 2, 3]

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.

В целом за период с 2000 г. отмечается положительная динамика показателей мертворождаемости (часть 1 статьи) и ранней неонатальной смертности, а также их соотношения: в начале 2000-х гг. 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 также, 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, показатель 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) [1]. 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. детей.

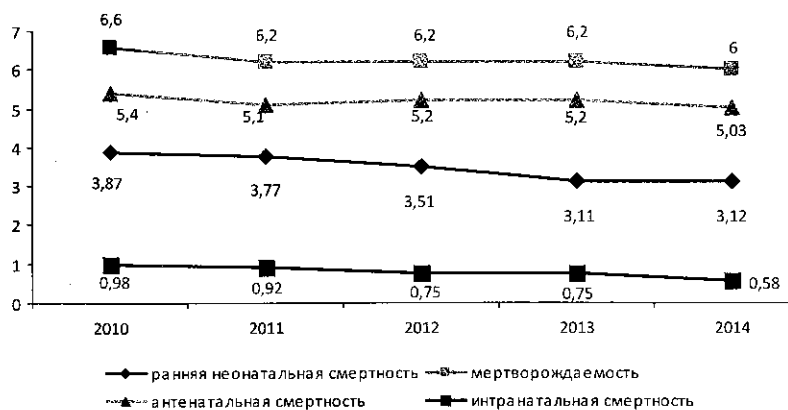


Рис. 2. Динамика составляющих показателя перинатальной смертности на 1000 рожденных живыми и мертвыми, Украина [1, 2, 3]

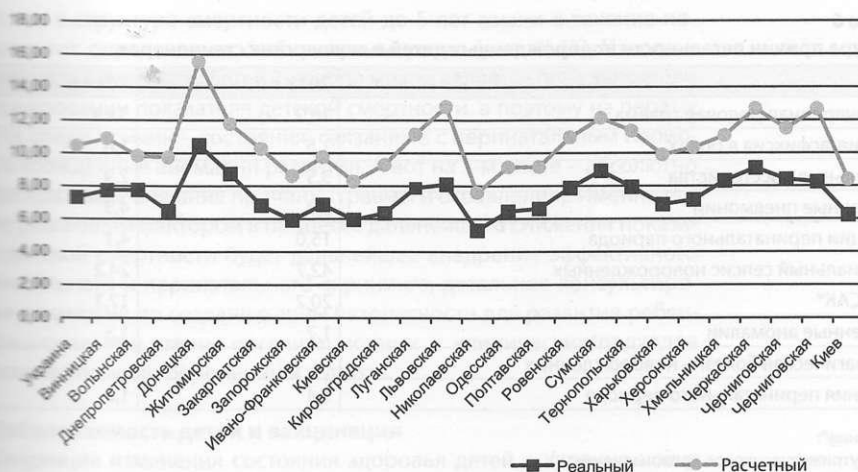


Рис. 3. Показатель ранней неонатальной смертности (реальный и расчетный) в разрезе по областям за 2014 г. (на 1000 рожденных живыми) [1]

Неонатальная смертность

Количество неонатальных смертей в мире снизилось с 1990 г. по 2012 г. на 36%: с 4,4 млн до 3,0 млн (33/1000 живорожденных в 1990 г. и 21/1000 живорожденных в 2012 г.), хотя доля неонатальных смертей в возрастной структуре смертности детей первых 5 лет жизни увеличилась с 36% в 1990 г. до 43% в 2011 г., а в течение последних лет лидирующей причиной неонатальной смертности является недоношенность [5, 6], т.е. для дальнейшего количественного и качественного улучшения показателя младенческой смертности важное значение 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 1-го 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-го года жизни в первые 28 дней жизни умерли 61,2% детей (что и составляет 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

Таблица 6
Структура причин летальности новорожденных детей в акушерских стационарах

	2013 г.	2014 г.
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.

был достигнут и в Украине: показатель детской смертности снизился с 15,6‰ в 2000 г. до 9,3‰ в 2014 г. (на 40,3%), а показатель младенческой смертности удалось снизить на 25% (с 11,9‰ в 2000 г. до 8,0‰ в 2014 г.). Про особенности структуры младенческой смертности было написано в 1-й части статьи, но хотелось бы все-таки сконцентрировать внимание на структуре смертности детей 1-го года жизни в стационаре и вне его: в 2014 г. на 1-е место вышли травмы и отравления (33,1%), симптомы, признаки и неточно определенные состояния (24,1%) и болезни органов дыхания (13,8%), что свидетельствует как о наличии социальных проблем, так и о низком уровне подготовки родителей по безопасному уходу за детьми раннего возраста в домашних условиях.



Рис. 4. Структура смертности у детей в возрасте до 5 лет жизни, %

А вот в структуре смертности детей до 5 лет жизни в течение последних лет определяется стабильная ситуация (рис. 4) [2]. Известен тот факт, что смертность детей 1-го года жизни является определяющей в формировании показателя детской смертности, а поэтому на первых местах среди причин – состояния, связанные с перинатальным периодом и врожденные аномалии развития. А вот на 3-м 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.

Заболеваемость 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 отмечаются отклонения в состоянии здоровья, а после рождения частота больных детей увеличивается [3, 4]. Это отчетливо 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). Та же самая динамика наблюдается и с частотой больных недоношенных новорожденных, которая за последние 5 лет остается достаточно высокой (рис. 5б).

Если же посмотреть на официальные статистические данные по заболеваемости и распространенности заболеваний среди детей 0–17 лет жизни, то эти показатели за последние 5 лет имеют четкую тенденцию к снижению (рис. 6). Анализ данных, приведенных на рис. 5 и 6, еще раз подтверждает тот факт, что беременность, роды и первые 5 лет жизни играют самую решающую роль не только в формировании трудоспособного зрелого будущего, но также и показателей в стране.

Одним из наиболее важных аспектов снижения уровня смертности и заболеваемости у детей, а также снижения частоты тяжелого течения



Рис. 5. Частота заболевших новорожденных детей (на 1000 соответствующей популяции): а – доношенных новорожденных, б – недоношенных новорожденных

низился
ической
и 2014 г.).
описано
нимание
вне его:
мптомы,
ни орга-
иальных
пасному

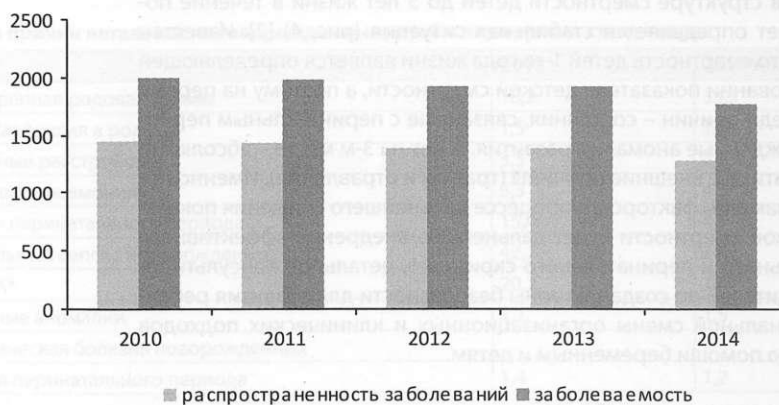


Рис. 6. Заболеваемость и распространенность заболеваний среди детей 0–17 лет жизни в Украине (на 1000 соответствующего населения) [3]

Исследования, которые были проведены 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.

и развития осложнений вследствие инфекций является вакцинация. В зависимости от уровня экономического развития каждая страна выбирает для себя перечень «управляемых» инфекций в соответствии с потребностями не только страны, но и региона. Так, например, в Германии обязательной является вакцинация против 18 инфекций. Эффект от специфической иммунопрофилактики продемонстрирован в огромном количестве исследований. К примеру, исследования, которые были проведены 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 мес. жизни, а в странах – членах ВОЗ ее уровень достиг 90%.

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 был пересмотрен 3 раза: – в 2006, 2011 и 2015 гг., а вообще за годы независимости Украины было проведено 6 пересмотров действующего календаря вакцинаций. Но для того, чтобы от вакцинации получился достоверный эпидемиологический эффект, необходим охват вакцинацией как минимум 95% насе-

Одним из очень важных является своевременность проведения вакцинаций в определенный календарный срок и полнота вакцинации. Если на примере четырех инфекций рассмотреть динамику охвата вакцинациями детей 1-го года жизни, то видно, что до 2007 г. включительно охват вакцинацией был постоянно высоким (98–99%). С 2008 г. наблюдается 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%, полным курсом против полиомиелита (3 вакцинации) – до 64,3%, против гепатита В (3 вакцинации) – до 48,5% (рис. 7, 8) [2, 9, 10]. В 2015 г. ситуация с вакцинацией оказалась еще хуже.

По мнению экспертов ЮНИСЕФ и ВОЗ, в Украине сложилась очень неблагоприятная ситуация с «управляемыми» инфекциями, и эта ситуация обусловлена в первую очередь неполным и нерегулярным централизованном обеспечением вакцинами за счет государственного бюджета. То есть самыми незащищенными остались самые уязвимые слои населения: дети из неполных семей, из сельских районов, из семей

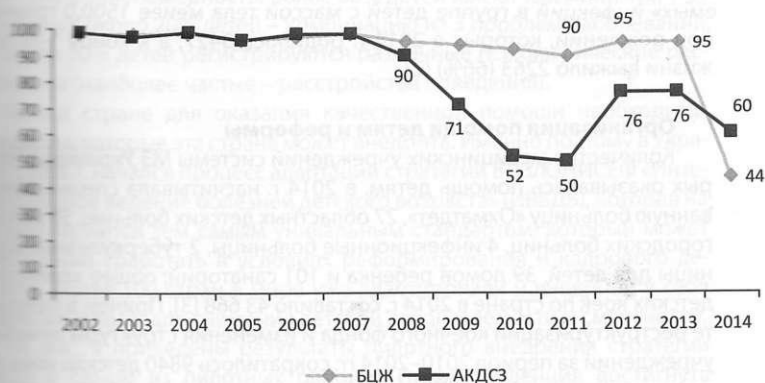


Рис. 7. Динамика охвата вакцинацией (БЦЖ и АКДС (3 вакцинации)), %

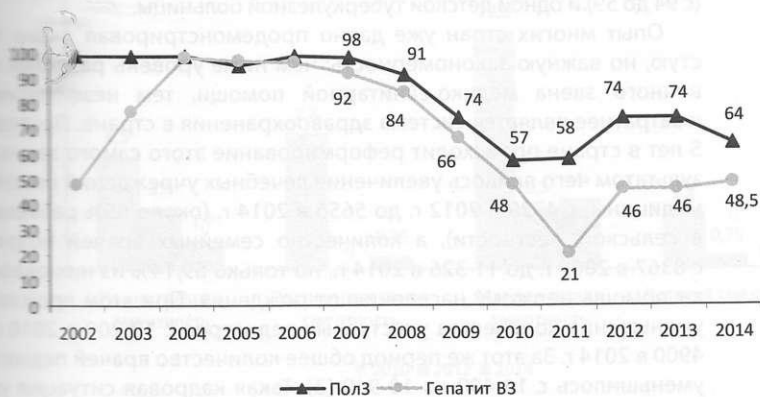


Рис. 8. Динамика охвата вакцинацией (полиомиелит (3 вакцинации) и гепатит В (3 вакцинации)), %

с низким уровнем дохода, многодетных семей. Некоторое увеличение охвата вакцинацией в 2012–2013 гг. сменилось 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 невакцинированной. Известно, что больные дети (а особенно больные недоношенные дети) наиболее подвержены приобретенной инфекционной заболеваемости, и именно у этой категории пациентов высок 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, и 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 граммов при рождении, которых в 2014 г. родилось 3427, а к концу 1-го года жизни выжило 2263 (66%) [2].

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 инфекционные больницы, 2 туберкулезные больницы для детей, 39 домов ребенка и 101 санаторий; общее количество детских коек по стране в 2014 г. составило 43 668 [3]. 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 5 лет в стране происходит 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 11 326 в 2014 г., но только 69,14% из них оказывают помощь детскому населению от рождения. При этом произошло уменьшение количества участковых педиатров с 10 200 в 2010 г. до 4900 в 2014 г. За этот же период общее количество врачей педиатров уменьшилось с 14 400 до 10 940 [3]. Такая кадровая ситуация ухудшается еще и тем, что на уровне первичного звена и в районных стационарах работает большое количество медицинских работников

Таблица 7

Обеспеченность городского детского населения 0–17 лет педиатрами

	2010	2011	2012	2013	2014
Обеспеченность на 10 000 городского детского населения 0–17 лет	10,20	9,30	6,20	5,70	4,9

пенсионного и глубоко пенсионного возраста, что по сути повышает дефицит врачебных кадров.

Динамика обеспеченности педиатрами на 1000 детского населения наглядно показана в табл. 7 [2, 3, 4].

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 ФПов. Популяционные исследования, проведенные в США, продемонстрировали такую закономерность: более 60% детей имеют как минимум 1 заболевание, около 20% детей – комбинацию из 3 проблем/заболеваний, и 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 рис. 9 приведены результаты пилотного внедрения стратегии ИВБДВ в одном из пилотных районов (такая тенденция достигнута и в других пилотных районах).



Рис. 9. Результаты пилотного внедрения стратегии ИВБДВ во II пилотном районе, % (отчет фазы раннего внедрения стратегии ИВБДВ в Украине)

Таблица 8
Основные проблемы, выявленные при оценке 7 районных медицинских учреждений стационарной помощи детям

	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.

В результате пилотного внедрения ИВБДВ удалось достигнуть не только улучшения показателей, но и значительного улучшения 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 5 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 табл. 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.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 самое время мы начинаем уже утрачивать достигнутое. Из-за многих причин, большинство из которых должны быть решены на уровне государства. Современные темпы жизни не дают времени на медленное «раскачивание лодки» реформирования медицинской помощи, а потому каждый шаг по изменению организации здравоохранения в стране должен быть тщательно продуман и выверен специалистами высшего класса для того, чтобы в период реформ уязвимое детское население не оказалось без своевременной, доступной, качественной медицинской помощи на всех уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ministerstvo ohoroni zdorov'ya Ukraïni (2015) *Derzhavnij zaklad «Centr medichnoi statistiki Ministerstva ohoroni zdorov'ya Ukraïni». Monitoring stanu zdorov'ya materi ta ditini MATRIX – BABIES. Analitichno-statistichnij dovidnik protyagom 2014 roku shhokvartalu* [State Institution "Center of medical statistics of the Ministry of Health of Ukraine". Monitoring of the state of health of mother and child MATRIX-BABIES. Analytical-statistical handbook-2014]. Kiïv, p. 49.
2. *Derzhavna sluzhba statistiki Ukraïni* [The state service of statistics of Ukraine].
3. Ministerstvo ohoroni zdorov'ya Ukraïni. (2015) *Ukraïns'kij institut strategichnih doslidzhen' MOZ Ukraïni. Shhorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naseleння, sanitarno-epidemichnu situaciyu ta rezul'tati diyal'nosti sistemi ohoroni zdorov'ya Ukraïni za 2014 rik*. Kiïv.
4. Ministerstvo ohoroni zdorov'ya Ukraïni. (2014) *Ukraïns'kij institut strategichnih doslidzhen' MOZ Ukraïni. Shhorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naseleння, sanitarno-epidemichnu situaciyu ta rezul'tati diyal'nosti sistemi ohoroni zdorov'ya Ukraïni za 2013 rik*. Kiïv.
5. *World health statistics 2013, WHO 2013, ISBN 978 92 4 156458 8*.
6. (2012) *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child survival. WHO and UNICEF*.
7. (2011) *Child health measurement and indicators – an update in a gaps perspective. RICHE Work Package 2. Stockholm*.
8. (2013) *Cili rozvitku tisyacholittya. Ukraïna 2013. Nacional'na dopovid'* [Millennium Development Goals. Ukraine 2013. National report]. Kiïv. p. 176.
9. (2015) *Cili rozvitku tisyacholittya. Ukraïna 2015. Nacional'na dopovid'* [Millennium Development Goals. Ukraine 2015. National report]. Kiïv. pp. 80–89.
10. (2014) *Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2013 revision. Data as of June 27*.

Поступила / Received: 17.05. 2015
 Контакты / Contacts: 4839056@ukr.net