

УДК 613.955+616-053.5-071.3

DOI: 10.22141/2224-0551.13.2.2018.129546

Антипкін Ю.Г., Волосовець О.П., Майданник В.Г., Березенко В.С., Моїсеєнко Р.О.,
Виговська О.В., Кривоустов С.П., Заболотько В.М., Аряєв М.Л., Абатуров О.Є.,
Крючко Т.О., Бекетова Г.В., Охотнікова О.М., Крамарьов С.О., Петренко В.І.,
Левицький А.Ф., Марушко Ю.В., Марушко Т.В., П'ятницький Ю.С., Шадрін О.Г.,
Муквіч О.М., Микичак І.В., Косовська Т.П., Лисак В.П., Сороколат Ю.В., Терещенко А.В.,
Банадига Н.В., Беш Л.В., Ботьбот Ю.К., Боярська Л.М., Волосянко А.Б., Гончарь М.О.,
Дудник В.М., Зубаренко О.В., Клименко Т.М., Колоскова О.К., Леженко Г.О.,
Овчаренко Л.С., Сенаторова А.С., Сміян О.І., Сорокман Т.В., Стоєва Т.В.,
Чернишова О.Є., Цодікова О.А., Бондаренко Т.В., Голяк М.В., Знак О.Р., Єфремова Н.М.,
Карчевич Т.Є., Лук'яненко О.В., Луньова А.В., Марченко Н.М., Михно С.Л.,
Писаренко С.Г., Покотілова Т.М., Рубанова Є.І., Сташко О.В., Шмалько Н.О.,
Щербинська К.М., Мозирська О.В.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Центр медичної статистики МОЗ України, м. Київ, Україна

Стан здоров'я дитячого населення — майбутнє країни (частина 2)

For cite: Zdorov'e Rebenka. 2018;13(2):142-152. doi: 10.22141/2224-0551.13.2.2018.129546

Резюме. Стаття присвячена проблемам збільшення захворюваності та поширеності дитячих хвороб протягом 1994–2016 рр. на тлі глобального скорочення кадрового забезпечення дитячими лікарями в 1,7 раза, із вкрай недостатнім забезпеченням областей Південного Сходу, Донецької і Луганської областей. Усе зазначене чинить негативний вплив на якість медичного обслуговування дитячого населення, зокрема виявлюваність хвороб дитячого віку. Автори обґрунтовують необхідність відновлення кадрового й матеріально-технічного потенціалу педіатричної служби, розробки сучасних лікувально-діагностичних технологій, збереження імунізаційної й профілактики інвалідності поширених дитячих хвороб, що є важливою складовою національної системи охорони здоров'я й безпеки країни в цілому.

Ключові слова: діти; захворюваність; інвалідність; освіта; педіатрія; поширеність хвороб

За останні 22 роки кількість дитячих лікарів скоротилась з 18 259 до 8936 осіб, або на 9323 особи, або майже у 2 рази, із вкрай недостатнім забезпеченням областей Південного Сходу й Донецької та Луганської областей. Усе зазначене не могло не вплинути в гірший бік на якість медичного обслуговування дитячого населення, зокрема виявлюваність хвороб дитячого віку. Так, у первинній ланці медико-санітарної допомоги тільки за останні 5 років число дільничних педіатрів зменшилось майже на 3 тисячі

осіб, четверта частина тих, хто ще працює, — пенсійного й глибоко пенсійного віку (рис. 1).

Вищенаведений аналіз динаміки захворюваності й поширеності захворювань за основними класами хвороб засвідчив помірно невірогідне зменшення як захворюваності, так і поширеності хвороб у дітей 0–17 років, що відбулося за останні 5 років практично за всіма класами хвороб, за винятком новоутворень, поширеність яких серед дитячого населення в постчорнобильську еру зросла у 1,94 раза (!) — до

68,8 тис. випадків у 2016 році (рис. 2). Саме на цей феномен ми хотіли звернути особливу увагу.

За даними М.В. Голубчикова та співавт. (2017), у 2016 році було виявлено 25,9 тис. нових випадків новоутворень, що становить 3,41 на 1000 дітей [16]. Серед лідерів — Сумська область (9,6 на 1 тис.), Харківська, Полтавська, Черкаська, Кіровоградська, Житомирська, Закарпатська, Рівненська, Київська, Волинська, Вінницька, Дніпропетровська області. Найменше випадків новоутворень у Чернівецькій, Тернопільській, м. Києві, Запорізькій, Одеській областях. Звертає на себе увагу зростання захворюваності на пухлини саме в тих регіонах, що були забруднені внаслідок аварії на ЧАЕС у 1986 році, та великих промислових центрах (рис. 3).

За даними Л.О. Пушкар із співавт., за показниками смертності від злоякісних новоутворень дітей Україна посідає 5-те місце в Європі (5 випадків на 100 тис. населення) [2]. Структура захворюваності на новоутворення має свої особливості в дитячому віці. Перші місця посідають злоякісні новоутворення лімфатичної й кровотворної тканин і рак мозку,

на які припадає понад половину всіх новоутворень. Найбільші рівні захворюваності на гемобластози спостерігаються в Харківській, Івано-Франківській та Чернігівській областях. Нині злоякісні новоутворення дитячого віку посідають 7-ме місце у структурі дитячої інвалідності.

За останні двадцять років також спостерігається зростання на 34 % поширеності вроджених вад розвитку (ВВР), які зареєстровані у 218 469 дітей, що теж може розглядатись як маркер екоотоксичного тиску на дитячий організм [3, 4]. Так, щорічно виявляється 42 841 випадок ВВР, або 5,6 осіб на 1000 дітей, з них 17 514 — у дітей до року (рис. 4).

В Україні в структурі вроджених вад розвитку є 10 134 випадки вроджених вад серця, що становить 23,65 % від загального числа ВВР. Від вроджених вад розвитку у 2016 році померло 238 немовлят (з них від вроджених вад серця — 111), що становило 27,2 % серед усіх зареєстрованих причин малюкової смертності. Найбільше ВВР у 2016 році було вперше виявлено у м. Києві (15,10 на 1000 дітей), Кіровоградській (11,6), Харківській (9,04), Вінницькій (7,96), Дні-

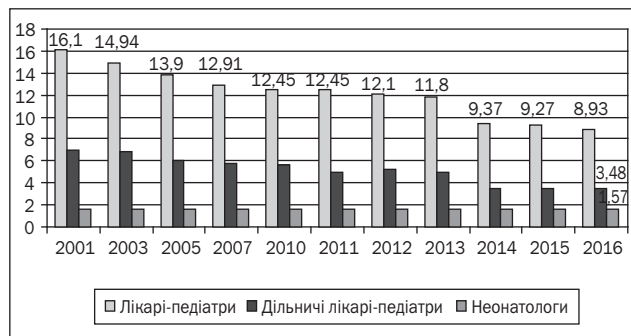


Рисунок 1. Забезпеченість штатними посадами дитячих лікарів у закладах системи Міністерства охорони здоров'я України за даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2001–2016 рр.

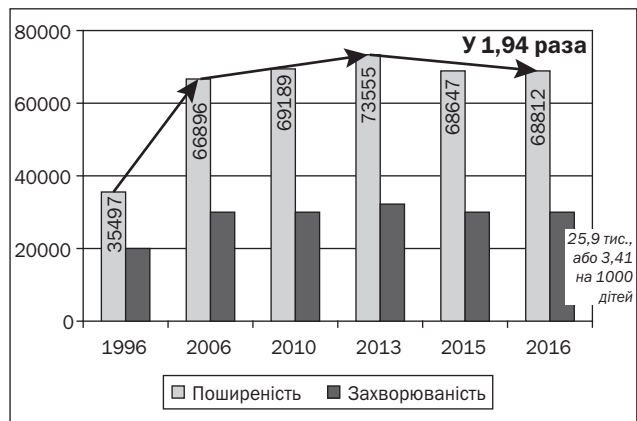


Рисунок 2. Динаміка зростання новоутворень у дітей України (на 1000 дитячого населення)

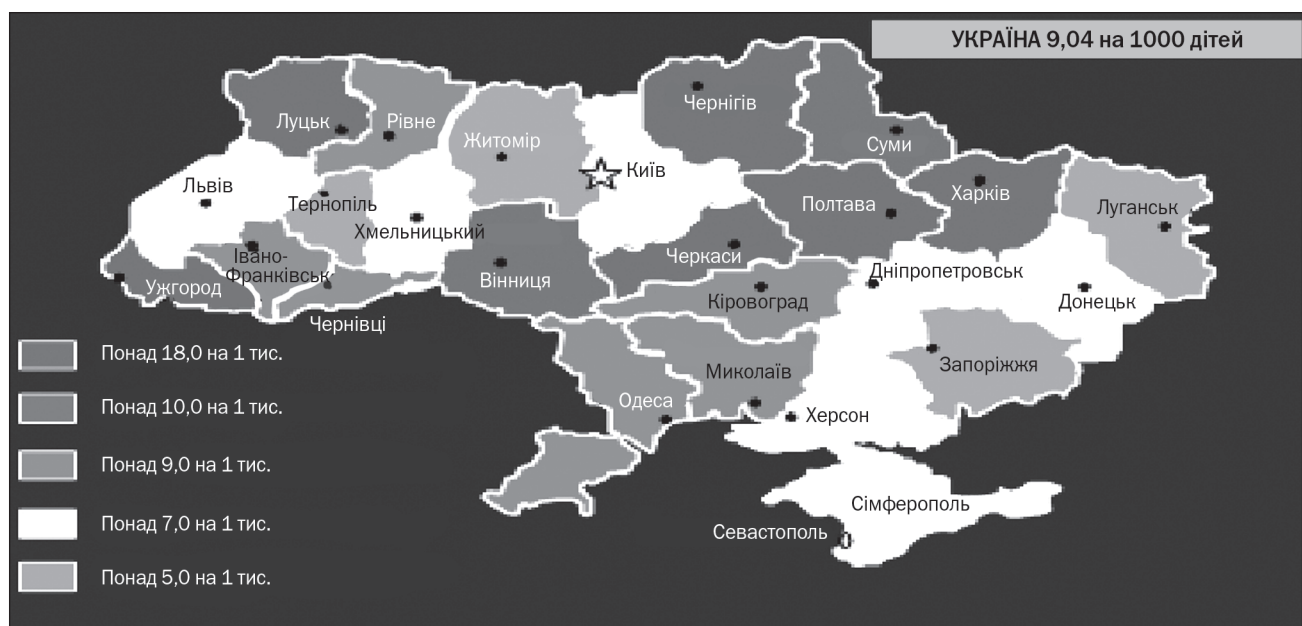


Рисунок 3. Поширеність новоутворень у дітей у регіонах України

пропетровській (6,8), Запорізькій (6,97) та Київській (6,56) областях (рис. 5). Цікаво, що географія захворюваності на ВВР практично збігається з поширенням новоутворень у великих промислових регіонах.

Найменше випадків вроджених вад розвитку спостерігалось у Чернівецькій (2,72), Полтавській (2,8), Сумській (3,35), Івано-Франківській (3,98), Тернопільській (3,84), Одеській (4,08), Черкаській (4,1), Львівській (4,12), Волинській (4,13), Чернігівській (4,3), Херсонській (4,77) областях. Поширеність вроджених аномалій системи кровообігу становила 66 391 (у 2015 р. — 64 221) випадок, або 8,72 (у 2015 — 8,43) на 1000 дітей, а захворюваність становила 10 442 (у 2015 р. — 10 134), або 1,33 на 1000 дітей відповідно.

Найбільше вроджених аномалій серця виявляється у Харківській, Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Рівненській, Херсонській областях і м. Києві.

За даними ВООЗ, нині в Україні має місце один з найнижчих рівнів планової вакцинації у світі. За

останніми даними МОЗ України, тільки 30 % дітей в Україні повністю вакциновані від кору, 10 % — від гепатиту В і лише 3 % — від дифтерії, коклюшу й правця. Серед причин критично низького рівня охоплення імунізацією в Україні — відмови батьків від щеплень, перебої з постачанням вакцин, що мали місце протягом останніх років, і постійно триваюча антивакцинальна кампанія [5].

Захворюваність дітей на інфекційні й паразитарні інвазії становила понад 344 тисячі випадків, або 45,21 на 1000 дітей. Тільки в минулому році Державна санітарно-епідеміологічна служба інформувала про 141 спалах інфекційних і паразитарних захворювань, у тому числі гострих кишкових інфекцій (57), сальмонельозу (63), вірусного гепатиту А (15), ентеровірусної інфекції (3), кору (2), трихинельозу (1) й гнійно-септичної інфекції (1), унаслідок яких постраждали 2663 особи, зокрема 1212 дітей. За аналогічний період 2015 року було зареєстровано лише 86 спалахів, коли постраждали 1399 осіб, у тому числі 616 дітей.

За даними Ф. Лапія, станом на грудень 2017 року 2381 особа в Україні захворіла на кір, з них понад 50 % — діти віком від 1 до 9 років, на той час як минулого року в Україні, за даними ЮНІСЕФ, було зареєстровано 102 випадки кору. Випадки кору зустрічаються по всій Україні. Серед тих, хто захворів, 70 % — це невакциновані. Реєструється значне число захворілих серед дорослих. Найбільше хворих зареєстровано в Івано-Франківській, Одеській, Тернопільській, Запорізькій областях і м. Києві. Двоє дітей в Одеській області померли. Через поширення цієї хвороби невакциновані проти кору діти не допускаються в навчальні заклади в Івано-Франківській, Одеській і Тернопільській областях [6].

До речі, саме у вищезазначених областях, за даними соціологічного опитування «Індекс здоров'я.

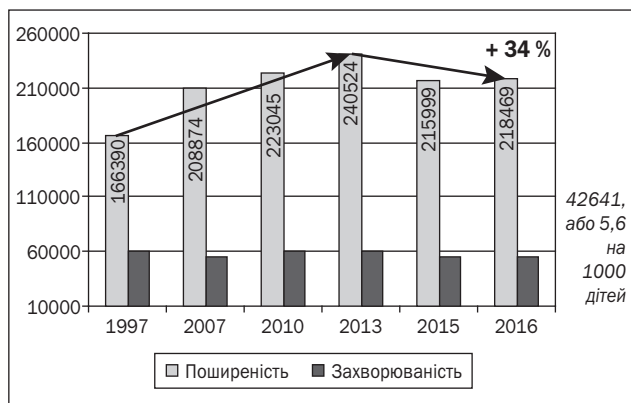


Рисунок 4. Динаміка зростання вроджених вад розвитку в дітей України (на 1000 дитячого населення)



Рисунок 5. Захворюваність на вроджені аномалії в дітей у регіонах України (на 1000 дитячого населення)

Україна», започаткованого Міжнародним фондом «Відродження», Київським міжнародним інститутом соціології та Школою охорони здоров'я Національного університету «Киево-Могилянська академія» у 2016 році, батьки найчастіше відмовлялись від проведення вакцинації [7].

Ріст захворюваності на кір майже у 100 раз, безумовно, пов'язаний із низьким рівнем вакцинації. У 2016 році лише 45 % дітей в Україні були зроблені щеплення від кору. Повторну дозу вакцини отримали тільки 30 % дітей.

Зазначимо, що за останні 15 років ріст захворюваності на кір в Україні спостерігався тричі — у 2001, 2006 та 2012 роках. У ці роки захворюваність зростала в десятки й сотні разів. Зокрема, у 2012 році захворіли близько 13 тисяч людей [8].

Нині в Україну ЮНІСЕФ завезено понад 1,2 мільйона доз вакцини КПК, і зараз у регіонах наявні близько 900 тис. доз цієї комбінованої вакцини [9].

Серед класу інфекційних і паразитарних хвороб у дітей, безумовно, значну увагу привертає туберкульоз [10].

Контингент хворих на туберкульоз дітей віком 0–17 років за останні 20 років зазнав суттєвих змін і становив у 2016 році 799 дітей, або 10,2 на 100 тисяч відповідного населення, що значно менше від показників 1994 року, коли в країні під спостереженням знаходилось 1632 дітей віком 0–14 років, або 15,1 на 100 тисяч населення. На тлі відносно невеликої захворюваності дітей на туберкульоз виникли й досить негативні епідеміологічні тенденції, а саме:

- збільшення кількості випадків найбільш несприятливого в клінічному й прогностичному аспекті мультирезистентного туберкульозу в дітей; ця форма реєструється в близько 20 % дітей, найчастіше із сімейних контактів хворих на туберкульоз;

- низьке охоплення новонароджених вакцинацією БЦЖ останніми роками (за даними 2015 р. — 39,9 %) призвело до виникнення випадків вкрай тяжких, часто летальних форм туберкульозу в дітей раннього віку, зокрема міліарного туберкульозу, туберкульозу центральної нервової системи, хребта тощо;

- у той же час у попередні роки, за умови суцільної вакцинації, такі випадки не реєструвалися.

Для подолання таких несприятливих трендів необхідна стала підтримка на усіх рівнях імунопрофілактики, адже вакцинація БЦЖ є головною запорукою зниження смертності й захворюваності на більш тяжкі й несприятливі клінічні форми.

Ретельного удосконалення потребує також спостереження дітей з контактів, насамперед сімейних, із хворими на туберкульоз. Добре відомо, що головним джерелом зараження дітей є близькі люди, частіше батьки, хворі на туберкульоз. Тому активне обстеження, призначення хіміопротекції й проспективне спостереження дітей з вогнищ, а також ефективне лікування дорослих також сприятиме зниженню поширення туберкульозу серед дітей.

Для подолання мультирезистентного туберкульозу в дітей важливим є залучення ефективної й вірогідної лабораторної діагностики, зокрема молекулярно-генетичних методів, які є вже доступними в Україні, а також забезпечення пацієнтів дитячого віку педіатричними лікарськими формами протитуберкульозних препаратів і сучасними ліками.

Дитяче населення країни зазнає впливу пандемії XXI віку — ожиріння, темпи поширення якого в 10 разів вищі порівняно з 70–80-ми роками минулого століття. Як зазначив Anthony Costello у своєму програмному виступі на EuroPaediatrics 2017, ожиріння спостерігається в кожного третього хлопчика й кожної п'ятої дівчинки віком від шести до дев'яти років.

При цьому найвищі показники відзначаються в країнах Південної Європи й Середземномор'я. Особливе занепокоєння викликає той факт, що епідемія поширюється в країнах Східної Європи, де показники традиційно були нижчими. Незважаючи на постійні зусилля в боротьбі з проблемою дитячого ожиріння, за даними оцінок, кожен третій підліток у Європі, як і раніше, має надлишкову масу тіла або страждає від ожиріння [11]. За даними ВООЗ (2017), Україна, на жаль, у цьому плані посідає одне з перших місць серед країн Європейського регіону. В Україні щорічно фіксують до 20 тис. нових випадків ожиріння серед дітей і підлітків із тенденцією до зростання (у 2016 році захворюваність становила 2,94 на 1000 дітей).

Рівень показника захворюваності на ожиріння серед підлітків 15–17 років найвищий порівняно з іншими віковими групами — 45,4 на 1000 дітей. У цілому ж поширеність ожиріння в минулому році становила 14,45 на 1000 дитячого населення України, тоді як у 1994 році цей показник становив лише 7,0 на 1000 дітей. Тобто темп приросту цієї патології за останні два десятиріччя становив +106 % (!), що говорить про необхідність вживання серйозних комплексних медико-соціальних заходів для припинення цього явища.

За останні три роки в дітей із Вінницької, Черкаської, Київської, Кіровоградської, Тернопільської, Харківської, Житомирської та Хмельницької областей частіше виявляється я надлишкова маса тіла, ніж у дітей півдня та сходу країни.

Безумовно, ожиріння призводить до розвитку патології, що раніше зустрічалась тільки в дорослих, уже в дитячому віці: метаболічного синдрому, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, жирової хвороби печінки, хвороб опорно-рухового апарату, полікістозу яєчників, цукрового діабету 2-го типу тощо — неінфекційних захворювань, які є тяжким тягарем для економіки й медичної сфери будь-якої країни. Ми вже спостерігаємо тривожні дані щодо зростання в 1,7 раза поширеності цукрового діабету в дитячому віці — з 5138 (0,5 на 1000 дітей) дітей у 1994 році до 8847 дітей (1,25 на 1000 дітей) у 2017 році.

Науковцями з Університету Нью-Йорка доведено, що зловживання антибактеріальними препаратами, яке має місце в більшості країн Європи, може стати поштовхом до ожиріння. Вочевидь, це пов'язано з тим, що антибіотики використовуються нерационально, вони впливають на склад корисної мікрофлори в кишковому тракті, яка запобігає розвитку ожиріння [12].

Тобто стратегічні ініціативи й втручання на рівні країни повинні бути спрямовані на підлітків із груп високого ризику в сімейному, шкільному й соціальному середовищі, і першочергова увага в рамках таких ініціатив має приділятися заходам, які дають дітям та підліткам можливість дотримуватися здорового раціону харчування, активного способу життя, зменшити вживання солі й цукру, солодких газованих напоїв. Також необхідно вдосконалювати психологічну допомогу цьому непростому контингенту хворих, змінювати спосіб і якість життя, зокрема в мегаполісах, таким чином, щоб фізична активність знову стала невід'ємною частиною повсякденного життя [13].

Саме тому Україна у 2014 році долучилася до виконання Глобального плану дій ВООЗ на 2013–2020 роки за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва в Україні щодо профілактики неінфекційних захворювань і зміцнення здоров'я на популяційному рівні [14].

Безумовно, зростання поширеності дитячих хвороб із максимумом у підлітковому віці, накопичення негативного потенціалу хронічних хвороб, сполученої патології, тривалий вплив на дитячий організм екоотоксичних факторів довкілля, хронічний стресовий стан суспільства, синдром шкільної й родинної дезадаптації впливають на збільшення поширеності інвалідності дитячого населення.

Упродовж двох останніх десятиріч відзначається тривожний тренд: при зменшенні кількості здорових дітей в Україні спостерігається щорічне зростання кількості дітей з інвалідністю, у середньому на 16 тисяч дітей, або з щорічним приростом 0,5 %.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, загальна кількість дітей з інвалідністю в Україні досягла 156,09 тисяч осіб, або 205,0 на 10 тис. дітей, що становить 2,05 % від загальної чисельності дитячого населення. На той час як у 1994 році перебувало під спостереженням 130,1 тис. дітей з інвалідністю, або 113,1 на 10 тис. відповідного населення. Отже, кількість дітей з інвалідністю в країні зросла за останні два десятиріччя у 1,8 раза, і це на тлі скорочення кількості дітей по країні в цілому.

Ці данні ще раз підтверджують необхідність відходу від суто медичної моделі встановлення інвалідності, яка розглядає обмеження життєдіяльності як персональну проблему особи, викликану безпосередньо хворобою, травмою або іншою причиною, що вимагає медичної допомоги у вигляді індивідуального лікування, з урахуванням соціальної моделі, яка розглядає проблему обмеження життєдіяль-

ності з позиції можливості повної інтеграції особи в суспільство.

Якраз упровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007) передбачає можливість об'єднання як медичної, так і соціальної моделі з формуванням єдиної біопсихосоціальної моделі визначення інвалідності [15].

Не підлягає сумніву актуальність забезпечення роботи системи профілактики інвалідності з дитинства й забезпечення функціонування системи ефективної реабілітації таких дітей, оскільки переважна більшість з них зберігають статус особи з інвалідністю в подальшому житті, що суттєво впливає на проблему збереження працездатного ресурсу населення країни.

У структурі інвалідності дитячого населення України віком від 0 до 17 років включно переважають вроджені аномалії, деформації й хромосомні порушення (31,1 % випадків від загальної кількості дітей з інвалідністю — 1-ше місце), хвороби центральної нервової системи (16,6 % — 2-ге місце), розлади психіки та поведінки (14,4 % — 3-тє місце), хвороби ендокринної системи, розлади живлення, порушення обміну речовин (8,6 % — 4-тє місце), хвороби вуха й соскоподібного відростка (6,5 % — 5-тє місце), хвороби кістково-м'язової й сполучної тканини (4,3 % — 6-тє місце), хвороби ока й придаткового апарату (3,9 % — 7-тє місце), новоутворення (3,5 % — 8-тє місце) [16].

Порівняно з даними 1994 року відбулися суттєві зміни в структурі інвалідності, а саме: внаслідок збільшення поширеності інвалідності майже у два рази на перше місце вийшли вроджені аномалії, деформації й хромосомні порушення, які перебували два десятиріччя тому на 2-му місці. Зменшились показники інвалідності внаслідок нервових хвороб, які, відповідно, перейшли з першого рангового місця на друге. Зменшились відповідні показники інвалідності внаслідок хвороб органів дихання.

І якщо в дітей віком 0–6 і 7–14 років структура інвалідності подібна до структури інвалідності всього дитячого населення, то в дітей підліткового віку (15–17 років) на 1-му місці залишаються вроджені аномалії, деформації й хромосомні порушення, 2-ге місце посідають розлади психіки й поведінки, а на 3-му місці — хвороби центральної нервової системи [16, 17].

Найбільша кількість дітей з інвалідністю спостерігається в Чернігівській, Київській, Житомирській, Рівненській, Вінницькій, Черкаській та Волинській областях, що ще раз підтверджує тезу щодо зростання захворюваності й поширеності дитячих хвороб і, відповідно, показників інвалідності саме в тих областях, де у зонах посиленого радіоекологічного контролю проживає найбільша кількість населення, що постраждало від наслідків аварії на ЧАЕС і де діти зазнають тривалого нега-

тивного впливу екотоксичних факторів, зокрема радіонуклідів.

У свою чергу, це потребує від системи надання медичної допомоги дітям подальшого удосконалення стратегії раннього втручання, розширення мережі кабінетів катанестичного спостереження, психологічної підтримки таким родинам, інклюзивної освіти, зміни ставлення соціуму до дітей з особливими потребами щодо максимального збереження їх якості життя й повноцінної участі у житті суспільства, особливо однолітків.

Дані Центру медичної статистики МОЗ України свідчать: протягом навчання в школі в 1,5 рази зростає частота порушень зору, у 3 рази — патології органів травлення, у 2 рази — порушень опорно-рухового апарату, в 1,5 рази — нервово-психічних розладів [16, 17].

Дослідження Інституту стратегічних досліджень МОЗ України (2015) демонструють, що за час навчання в молодшій школі більш поширеними серед дітей ставали хвороби органів дихання, на друге місце вийшли хвороби ендокринної системи, на третє місце — розлади психіки й поведінки, на четверте місце — хвороби ока та його придаткового апарату. При переході до основної школи на перше рангове місце щодо поширеності виходила ендокринна патологія, на друге — розлади психіки й поведінки, на третє — респіраторна патологія, а на четверте місце — ураження кістково-м'язового апарату [16–18].

Так, серед дітей молодшого шкільного віку тільки 12,6 % можуть вважатися здоровими, а після закінчення шкільного навчання цей показник зменшується до 4,3 % (Антипкін Ю.Г., Омельченко Л.І., 2016). За даними В.Г. Майданника (2002), лише 1,1 % дітей є практично здоровими, а в середньому на одну дитину припадає 2,5 захворювання [19]. Нині, за результатами досліджень профільних наукових установ НАМН України, лише 30 % дітей шкільного віку можуть виконати фізичні нормативи без ризику для здоров'я. У 18–24 % дітей процеси відновлення функціонального стану організму після виконання нормативів відбуваються сприятливо [17].

Отже, за даними проведених досліджень, діти шкільного віку мають незадовільну функціональну пристосованість до фізичних навантажень при недостатній тренуваності й низькому рівні функціонального резерву серцево-судинної системи. Саме тому в дітей шкільного віку відмічена найвища поширеність хвороб та інтенсивно накопичується хронічна патологія, синдром гіперактивності й емоційної занедбаності.

Можна цілком погодитись з глибокими дослідженнями С.Л. Няньковського [20]: погіршення здоров'я школярів і проблеми їх шкільної адаптації часто зумовлені не лише спадковістю, біологічним віком дитини, але й комплексом соціально-економічних причин і, безумовно, станом довілля. Серед них можна виділити соціально несприятливі умови проживання дитини в родині, які часто є

неповними й асоціальними, нерациональне харчування, збільшення гострої респіраторної захворюваності (унаслідок суттєвого збільшення контактів із хворими дітьми) і, відповідно, пропусків занять, часто незадовільні санітарногігієнічні умови навчання, навчальне перенавантаження, недосконалість медичного спостереження за дітьми, недосконалість системи психологопедагогічної підтримки школярів за наявності значної кількості стресових ситуацій, значний дефіцит ефективних освітніх програм, спрямованих на формування в дитини культури здоров'я [21, 22].

Тривожним фактом є зростання в наш неспокійний час кількості дітей, які мають розлади поведінки й психічні розлади. Так, за даними В.П. Неділько та співавт. (2011), психологічне обстеження 53 підлітків 11-х класів показало, що в понад 58 % дітей була виявлена психічна втома, у 49,3 % — тривожність і в 69,8 % — стресові реакції [22].

Нині зареєстровано 198 тис. осіб, або 26,01 на 1000 дитячого населення, з розладами психіки й поведінки зі зростанням захворюваності й поширеності цих патологічних станів у шкільному віці, особливо в підлітків — до 35,09 на 1000 дітей та 40,08 на 1000 дітей відповідно. Найбільша кількість психічних розладів спостерігається в Чернігівській, Житомирській, Черкаській, Львівській, Полтавській, Запорізькій, Харківській, Донецькій, Хмельницькій, Сумській і Тернопільській областях. Найменша кількість дітей з психічними розладами зареєстрована у Волинській, Вінницькій, Миколаївській, Київській областях і м. Києві.

Однією з можливих причин такого стану є те, що близько 7 % дітей в Україні у віці від 11 до 17 років стикалися з проблемою булінгу (цькування). Жертвами булінгу стали 24 % дітей, і 48 % з них нікому не розповідали про ці випадки. Такими є результати дослідження, проведеного ЮНІСЕФ у лютому 2017 року серед дітей 11–17 років по всій Україні. «Булінг — важлива проблема для дітей в Україні. Це тривожні цифри, особливо в той час, коли Україна переживає конфлікт, внаслідок чого майже 1,6 мільйона людей, у тому числі 220 тисяч дітей, стали внутрішньо переміщеними особами», — йдеться в повідомленні ЮНІСЕФ [23].

Ці дослідження демонструють, що діти, закриті до спілкування, а також діти із сімей з низьким рівнем прибутку піддаються булінгу вдвічі частіше за інших дітей. Окрім цього, внутрішньо переміщені діти є більш вразливими до різних форм насильства, пов'язаного з конфліктом. Це впливає на їх соціальну поведінку. Економічні труднощі також опосередковано підвищують ризики булінгу й загрожують соціальній інтеграції таких дітей, йдеться у звіті ЮНІСЕФ, що розпочав кампанію проти булінгу.

Про наявність надзвичайно складних проблем стосовно способу життя учнівської й студентської молоді свідчать дані соціологічного опитування, проведеного Українським інститутом соціальних

досліджень ім. Олександра Яременка в межах міжнародного проекту Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді».

Близько половини опитаних школярів практикували фізичну активність лише півгодини або годину на тиждень. Щодня в будні на перегляд телепередач витрачали 1–4 години 75 % школярів, а 65–90 % проводили за комп'ютером 0,5–3 години. Добовий режим харчування був близьким до рекомендованих лише у 35–45 % опитаних. 10–35 % не вживали овочів і фруктів або вживали ці продукти 1 раз на тиждень. Серед опитаних учнів віком 15–16 років 25 % вживали алкоголь до 13 років, а серед дітей 11–12 років 40 % мали спробу вживання алкоголю. Мали нетверезий стан хоч раз у житті 20 % шестикласників, що свідчить про поступову алкохолізацію дитячого населення, яка культивується в соціально-неблагополучних родинх і вуличному середовищі, а також підтримується відповідною рекламою алкогольних напоїв на радіо й телебаченні. Перша спроба тютюнопаління, як показало опитування юнаків різного віку з різних навчальних закладів, відмічалась у 20–25 % у 11 років або раніше, а серед дівчат — у 25–40 % в 14–15 років. Вживання наркотиків реєструвалось у 8–26 % серед 13–16-річних учнів і студентів [24, 25].

Відповідно в країні необхідно продовжувати впровадження стратегії ВООЗ/ЮНІСЕФ щодо медико-психологічної допомоги підліткам на основі дружнього підходу з розширенням мережі клінік, дружніх до молоді, для дієвої профілактики адиктивних форм поведінки (вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління), незапланованої вагітності, інфекцій, що передаються статевим шляхом, збереження репродуктивного здоров'я, формування освітньої й навчальної складової пропаганди здорового способу життя [21, 25, 26].

Індекс накопичення хвороб у дітей підліткового віку був вищим, ніж у дітей віком 0–6 та 7–14 років, і становив 1,76, переважно за рахунок значного накопичення ендокринних хвороб, розладів харчування й порушень обміну речовин, розладів психіки й поведінки і вроджених вад розвитку, деформацій і хромосомних аномалій, індекс накопичення яких становив 6,0; 7,97 та 13,76 відповідно.

За даними Р.О. Моїсеєнко, така динаміка захворюваності в підлітковому віці порівняно з дітьми до 15 років викликає ряд запитань щодо недостатніх рівнів виявлення й реєстрації хвороб у дітей шкільного віку і, як наслідок, хронізації патології в дітей підліткового віку й дорослих [15, 27].

Крім цього, це може бути пов'язано із воєнними діями на Сході України й суттєвим дефіцитом лікарів педіатричного профілю, певним зниженням рівня доступності педіатричної медичної допомоги, особливо в сільській місцевості [15].

Отже, зниження протягом останнього п'ятиріччя набули лише основні показники здоров'я дітей першого року й раннього віку (смертність, захворюва-

ність, поширеність хвороб), які можна пов'язати з проведеною протягом років незалежності України реорганізацією служби охорони репродуктивного здоров'я й перинатальної допомоги в Україні [15–17, 28].

Ці завдання були здійснені в рамках програмно-цільового планування шляхом реалізації національних, загальнодержавних і цільових програм. Зазначене вимагає здійснення послідовних заходів для припинення відтоку педіатричних кадрів з вітчизняної системи надання медичної допомоги.

Указаний незадовільний стан здоров'я населення обумовлює необхідність широкого впровадження на рівні держави, за участі МОЗ і МОН України, апробованих у країні технологій, що зберігають здоров'я («Навчання у русі»), у дошкільні й шкільні навчальні заклади в тісній співпраці педіатрів, сімейних лікарів, педагогів і батьків. Це дозволить запобігти розвитку шкільної дезадаптації, поширенню психічних розладів, ожиріння, функціональних розладів з боку травної й серцево-судинної систем, органів зору, порушень постави, залучити до свідомого формування здорового способу життя всю родину.

Чимало питань накопичилось у організації медичної допомоги дітям. Україна повинна обрати загальноєвропейський підхід і повернути дитячих лікарів у первинну ланку, адже в понад 80 % країн Європи дітей обслуговують або виключно педіатри, або дитячі й спеціально підготовлені з педіатрії сімейні лікарі (строком до 1–2 років). Позитивним прикладом роботи в цьому напрямі є повне збереження ефективної системи педіатричної служби у м. Харкові та м. Одесі за ініціативи місцевої влади й територіальних громад міст.

У всіх розвинутих країнах світу лікарі-педіатри й фахівці сімейної медицини плідно співпрацюють у первинній ланці. На перехідний період педіатрична служба в первинній ланці може бути збережена з метою забезпечення якісної медичної допомоги дитячому населенню доти, доки підготовка фахових сімейних лікарів не стане повномасштабною, а не просто на рівні освітньої перекваліфікації, із відповідною зміною термінів їх навчання й програм інтернатури, резидентури, спеціалізації тощо.

Впевнені, що цьому буде сприяти відновлення за ініціативою МОЗ України, Асоціації педіатрів України і лікарської й наукової спільноти в переліку освітньо-наукових спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, окремої спеціальності «педіатрія» відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 1 лютого 2017 року № 53.

Особливу увагу необхідно приділити розробці сучасних стандартів до- та післядипломної підготовки за спеціальністю «педіатрія» та встановленню обсягів державного замовлення на підготовку дитячих лікарів (не менше ніж 1000 осіб), що обумовлено негативними тенденціями у стані здоров'я дитячого населення країни й погіршенням кадро-

вого забезпечення педіатричної охорони здоров'я, особливо в сільській місцевості. Після прийняття рішення уряду про введення окремої освітньо-наукової спеціальності «педіатрія» до 9 медичних університетів уже вступило 323 особи проти 9 осіб у минулому році.

Наукові дослідження, що виконуються у галузі педіатрії в рамках фундаментальних і прикладних розробок у сфері профілактичної та клінічної медицини, наукових частин державних цільових програм, мають бути спрямовані на розробку нових та удосконалення існуючих методів і засобів профілактики, діагностики й лікування найпоширеніших, а також соціально значущих захворювань.

Задля покращання стану здоров'я дітей необхідні: здійснення низки загальнодержавних заходів з метою збереження життя й здоров'я матерів і дітей; значні інвестиції від держави та приватного партнерства й меценатів; адекватне кадрове забезпечення педіатричної охорони здоров'я та високий рівень кваліфікації; раціональне використання ресурсів і приведення якості надання медичної допомоги у відповідність до міжнародних стандартів, викорінення застарілих догм у медичній практиці, особливо поліпрагмазії й бездоказової поліфармації.

Висновки

1. Завдяки впровадженню сучасних перинатальних технологій, реорганізації служби охорони репродуктивного здоров'я, запровадженню інтегрованого ведення дитячих хвороб і підвищенню кваліфікації дитячих лікарів протягом останніх 22 років вдалося практично вдвічі зменшити малюкову смертність до 7,4 на 1000 народжених живими й суттєво — неонатальну смертність до 4,6 на 1000 народжених.

2. Стан здоров'я дитячого населення країни, яке прогресивно зменшується, погіршується. Останніми роками чисельність дітей в Україні зменшилась на 3,16 млн осіб. Поширеність дитячих хвороб за останні 22 роки зросла на 41 %. Якщо в 1994 році вона становила 1253,0 на 1000 дітей, то нині — 1777,16 на 1000 дітей відповідного віку. Так само на 36 % зросла й захворюваність на дитячі хвороби — від 967,0 до 1316,07 на 1000 дітей відповідно. Хоча починаючи з 2001 року завдяки низці організаційних заходів з удосконалення медичної допомоги й інтегрованого ведення дитячих хвороб захворюваність дітей першого року знизилась на 26,3 %.

3. Протягом 1994–2016 рр. привертає увагу зростання захворюваності та поширеності новоутворень, хвороб ендокринної системи, хвороб кровообігу, хвороб сечової системи, хвороб кістково-м'язової системи, вроджених аномалій, деформацій і хромосомних аномалій, хвороб вуха та соскоподібного відростка й хвороб органів дихання.

4. У віковому аспекті найвищий пік захворюваності, передусім на респіраторну патологію, спостерігається в немовлят і підлітків. Саме в підліт-

ковому віці відмічається максимальне збільшення поширеності дитячих хвороб, що свідчить про тенденцію до хронізації патологічних станів на тлі проблемних питань медичного обслуговування цього складного контингенту дітей і негативного впливу тривалої експозиції комплексу факторів екологічно забрудненого довкілля та шкідливих звичок.

5. Найбільш незадовільні показники стану здоров'я дитячого населення спостерігаються в м. Києві й Київській, Івано-Франківській і Запорізькій областях, великих промислових регіонах і особливо в північних областях, що зазнали та продовжують зазнавати тривалого в часі негативного впливу аварії на ЧАЕС. Найменші показники захворюваності й поширеності дитячих хвороб спостерігаються в Закарпатській, Чернівецькій і Херсонській областях.

6. За останні 22 роки кількість дитячих лікарів скоротилась у 2 рази, з 18259 до 8936 осіб, або на 9323 особи, з ухилом недостатнім забезпеченням областей Південного Сходу та Донецької й Луганської областей. Усе зазначене не могло не вплинути на погіршення ситуації щодо належного медичного обслуговування дитячого населення, зокрема виявленість хвороб дитячого віку.

7. Негативна динаміка захворюваності й поширеності дитячих хвороб і її значні відмінності у розрізі регіонів свідчать про те, що зростання захворюваності дітей передусім пов'язане із комплексом соціальних, екологічних та економічних чинників. Усе зазначене свідчить про необхідність постійної уваги до педіатричної системи охорони здоров'я як на загальнодержавному рівні, так і з боку місцевих органів влади й територіальних громад з урахуванням регіональних особливостей, задля чого пропонуються нижченаведені заходи й пропозиції.

Основні заходи й пропозиції щодо покращання надання медичної допомоги дітям

1. Підтримати ініціативу президента України щодо якісної й доступної медицини в сільській місцевості, особливо дитячому населенню, проголошену 11 вересня під час Всеукраїнської наради в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця й уже визначену на законодавчому рівні.

2. Запропонувати розробку та обговорення Державної програми «Здорова дитина», яка б сконцентрувала зусилля держави, суспільства, територіальних громад, батьків, науковців, освітян, практичної охорони здоров'я на розробці насамперед профілактичних системних підходів, включаючи антенатальну охорону плода, щодо збереження здоров'я майбутнього країни.

3. Питання забезпечення й реалізації Програми імунопрофілактики необхідно визначити як пріоритет національної безпеки із винесенням цього питання на рівень Ради національної безпеки й оборони. У терміновому порядку вирішити питан-

ня забезпечення областей за кошти державного бюджету всіма необхідними імунобіологічними препаратами.

4. Підсилити контроль над завершенням будівництва й реконструкції перинатальних центрів 2-го та 3-го рівнів в усіх областях задля зниження малюкової й материнської смертності.

5. Оптимізувати мережу педіатричних закладів охорони здоров'я, надати їм першочерговість щодо матеріально-технічного й кадрового забезпечення, зокрема дитячих обласних санаторіїв, упровадження сучасних лікувально-діагностичних технологій, телемедицини.

6. Визнати доцільним організацію на базах обласних дитячих лікарень «виїзних реанімаційних бригад для дітей».

7. Підтримати ініціативу Асоціації педіатрів України та її регіональних осередків перед керівництвом галузі щодо доцільності продовження на перехідному етапі роботи первинної ланки медико-санітарної допомоги спільної роботи лікарів загальної практики — сімейної медицини та лікарів-педіатрів щодо надання якісної та доступної медичної допомоги дитячому населенню.

8. Упровадити реально діючі медичні огляди школярів з обов'язковим проведенням функціональних проб і формуванням груп спостереження й організацією для них профілактично-оздоровчих заходів, зокрема для дітей з інвалідністю.

9. Сприяти злагодженості співпраці соціальних служб для сім'ї й дітей з медичними закладами первинного рівня щодо роботи з родинами групи ризику.

10. Надати особливий пріоритет якісній і доступній медичній і медико-психологічній допомозі дітям, які були евакуйовані із зони АТО.

11. Розробити відповідну нормативно-правову базу з метою створення єдиної стандартизованої системи катанестичних спостережень і програми «раннього втручання» для дітей з перинатальною патологією на засадах доказової медицини.

12. З метою збереження здоров'я наступних поколінь законодавчо заборонити рекламу алкогольних напоїв і пропаганду тютюнопаління в засобах масової інформації.

13. Вжити заходів на рівні держави щодо підвищення освітнього рівня населення задля створення безпечного середовища для дитини, формування й збереження її здоров'я, запобігання випадкам травматизму, насилля й жорстокого поводження з дітьми.

14. Вважати пріоритетними наукові дослідження в закладах вищої медичної освіти й науково-дослідних установах МОЗ України та НАМН України з питань діагностики, лікування, профілактики дитячих хвороб.

15. Створити сучасні стандарти додипломної й післядипломної освіти дитячих лікарів відповідно до введення окремої освітньо-наукової спеціальності «педіатрія» із необхідним забезпеченням

обсягів підготовки державного замовлення не менше від 1000 осіб щорічно відповідно до потреб областей.

16. Продовжити створення й функціонування мережі клінік, «дружніх до дитини», для створення умов спільного перебування матері й дитини в лікувальному закладі, природного вигодовування немовлят, а також клінік, «дружніх до молоді», для надання медико-психологічної допомоги підліткам на основі дружнього підходу й збереження їх фізичного, психологічного й репродуктивного здоров'я.

17. Створення й розвиток системи комплексної медико-соціальної реабілітації дітей, починаючи з рівня територіальної громади, із забезпеченням медичної, освітньої, соціальної й професійної реабілітації на умовах замкненого циклу. Реорганізація будинків дитини в Центри медико-соціальної реабілітації.

18. Упровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я з додатком для дітей (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007), що передбачає можливість об'єднання як медичної, так і соціальної моделі з формуванням єдиної біопсихосоціальної моделі визначення інвалідності.

19. Розробити нормативно-правову базу з організації служби паліативної та хоспісної допомоги дітям і розробити положення про дитячі паліативні центри (відділення), мобільні бригади. Ініціювати постановку питання перед керівництвом МОЗ України щодо створення мережі паліативних центрів для дітей у багатопрофільних закладах охорони здоров'я й хоспісних дитячих закладів.

20. З огляду на щорічне оновлення протоколів із цілого ряду дитячих хвороб необхідно створити робочі групи за окремими напрямками в рамках Асоціації педіатрів України з метою розробки й оновлення сучасних науково обґрунтованих рекомендацій з діагностики та лікування захворювань в дитячому віці, базуючись на міжнародних стандартах надання медичної допомоги дітям.

21. Удосконалити безперервний професійний розвиток лікарів-педіатрів через запровадження системи виїзних майстер-класів, семінарів, вебінарів і тренінгів, зокрема й дистанційним шляхом, за участю провідних вчених та експертів у сфері педіатрії.

22. Необхідно повернути обласним лабораторним центрам МОЗ України контроль за виконанням підприємствами, установами, організаціями й окремими громадянами санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил із запобігання інфекційним і паразитарним захворюванням і їх ліквідації.

23. Вирішити питання повноцінного функціонування й фінансування дитячих санаторно-курортних закладів (психіатричного, протитуберкульозного профілю) місцевого підпорядкування та МОЗ України.

24. На всіх рівнях влади й суспільства необхідно піднімати престиж дитячих лікарів у країні через введення відповідних регіональних надбавок і соціальних пілг, соціальну рекламу, використання соціальних мереж, регіональні акції «Наші кращі дитячі лікарі», «Вони рятують дітей».

Матеріали зазначеної роботи були розглянуті й обговорювались педіатричною спільнотою під час ХІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковських читань) у м. Полтава (20.09–22.09.2017) і увійшли до прийнятої Резолюції.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

References

1. Golubchikov MV, Zabolot'ko VM, Kravchuk NG, et al. *Pokaznyky zdorov'ja naseleння ta vykorystannja resursiv ohorony zdorov'ja v Ukraїni za 2015-2016 roky. Dovidnyk MOZ Ukraїny [Indicators of public health and use of health care resources in Ukraine for 2015-2016. Handbook of the Ministry of Health of Ukraine].* Kyiv; 2017. 325 p. (in Ukrainian).
2. Pushkar LO, Klimnyuk GI. *Epidemiologic aspects of oncologic disorders in Ukrainian children. Oncology.* 2005; 7(4): 303-308. (in Russian).
3. Lukianova EM. *Medical and pedagogical aspects of children's health protection. International Medical Journal.* 2003;9(3):6-9. (in Russian).
4. Antipkin IuG, Moiseenko RA, Khaitovich NV. *VI Congress of Pediatricians of Ukraine: professional dialogue on the most important. Zdorov'ja Ukraїny.* 2009;(21):24-25. (in Russian).
5. Ministry of Health of Ukraine. *Increasing the level of vaccination of children to 95% will allow to overcome vaccine-preventable infections in Ukraine.* Available from: <http://moz.gov.ua/article/news/pidvischennja-rivnja-vakcinacii-ditej-do-95-dozvolit-podolati-vakcinokerovani-infekcii-v-ukraїni->. Accessed: February 9, 2017. (in Ukrainian).
6. Ministry of Health of Ukraine. *Vaccination can stop the incidence of measles.* Available from: <http://moz.gov.ua/article/news/zupiniti-zahvorjuvanist-na-kir-mozhe-vakcinacija>. Accessed: June 16, 2017. (in Ukrainian).
7. Groot V, Pavlova M, Richardson E, et al. *The Health Index. Ukraine 2016. International Renaissance Foundation;* 2016. 50 p. (in Ukrainian).
8. Ministry of Health of Ukraine. *The incidence of measles is increasing in Ukraine.* Available from: <http://moz.gov.ua/article/news/v-ukraїni-zrostaє-zahvorjuvanist-na-kir>. Accessed: May 22, 2017. (in Ukrainian).
9. UNICEF Ukraine. *Updated information on the procurement of vaccines and medicines commissioned by the Ministry of Health of Ukraine for 2017 budget funds as of April 06, 2018.* Available from: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_29312.html. Accessed: April 06, 2018. (in Ukrainian).
10. Petrenko VI, Panasyuk AV, Radysh V, Holub OB, Lopatina YaV, Nychyporenko LS. *Comparative results of treatment of patients with TB (unspecified localization, Rifampicin-resistant of lungs, multiresistant of lungs, milliar and multiresistant of nervous system) combined with HIV infection. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection.* 2017;(1):21-26. (in Ukrainian).
11. Inchley J, Curry D, Young T, et al, editors. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. 276 p.
12. Iizumi T, Battaglia T, Ruiz V, Perez Perez GI. *Gut Microbiome and Antibiotics. Arch Med Res.* 2017 Nov;48(8):727-734. doi: 10.1016/j.arcmed.2017.11.004.
13. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, et al. *Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Mar 1;102(3):709-757. doi: 10.1210/jc.2016-2573.
14. World Health Organization. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.* Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
15. Moisejenko RO. *Optimizacija systemy nadannja medychnoi' dopomogy ditjam i materjam v Ukraїni: realii i perspektivy [Optimization of the system of medical care for children and mothers in Ukraine: realities and perspectives].* Kyiv: Logos; 2013. 232 p. (in Ukrainian).
16. Shafran'skyj VV, editor; Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian Institute of Social Research of the Ministry of Health of Ukraine. *Shhorichna dopovid' pro stan zdorov'ja naseleння, sanitarno-epidemiologichnu situaciju ta dijalt'nist' systemy ohorony zdorov'ja, 2015 rik [Annual report on the state of health, sanitary-epidemiological situation and health system activities 2015].* Kyiv; 2016. 450 p. (in Ukrainian).
17. Dudina OO, Tereshchenko AV. *Situational analysis of children's population health state. Visnyk social'noi' gigijeny ta organizacii' ohorony zdorov'ja Ukraїny.* 2014;2(60): 49-57. (in Ukrainian).
18. Besjedina OA, Kotakova TM, Danylenko GM. *Problems of the deterioration of the health of children and adolescents in the conditions of an educational institution. In: Besjedina OA, Kotakova TM, Danylenko GM. Aktual'ni problemy i osnovni naprjamky rozvytku profilaktychnoi' nauky i praktyky [Current problems and main directions of the development of preventive science and practice].* Kharkiv; 1997. 51-55 pp. (in Ukrainian).
19. Majdannik VG. *Prospects for the development of clinical pediatrics in the 21st century. Peditrija, akusherstvo ta ginekologija.* 2002;(1):812. (in Ukrainian).
20. Njan'kov's'kyj SL, Jacula MS, Chykajlo MI, Pasechnjuk IV. *State of schoolchildren's health in Ukraine. Zdorov'e rebenka.* 2012;(40):109-114. (in Ukrainian).
21. Iakunchykova O, Andreeva T, Hryhorczuk D, et al. *Alcohol drinking by parents and risk of alcohol abuse by adolescents. Tobacco control and Public Health in Eastern Europe.* 2012;2(S1):45. (in Russian).
22. Nedil'ko VP, Kamins'ka TM, Rudenko SA, Pinchuk LP. *The state of health of children of senior school age. Zdorov'e rebenka.* 2011;(29):21-24. (in Ukrainian).
23. UNICEF Ukraine. *Bullying is an important problem for children in Ukraine. UNICEF launches campaign against bullying.* Available from: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_31252.html. Accessed: July 20, 2017. (in Ukrainian).
24. Ministry of Social Policy of Ukraine. *Information on the results of the study of smoking, alcohol and drug use among adolescents who study: the prevalence and trends in Ukraine.* Available from: <http://www.msp.gov.ua/news/10515.html?PrintVersion>. Accessed: September 20, 2016. (in Ukrainian).
25. Ministry of Health of Ukraine. *State of health of children in Ukraine.* Available from: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20100706_0.html (in Ukrainian).
26. Shkirjak-Nyzhnyk ZA, Slobodchenko LM, Chyslovs'ka NV, et al. *Psychoemotional state of teenagers - pupils of secondary schools. Collection of scientific works of staff members of P.L. Shupyk NMAPE.* 2004;13(1):389-393. (in Ukrainian).
27. Korenjev NM, Danylenko GM. *Health of schoolchildren, present and future challenges. Ohorona zdorov'ja Ukraїny.* 2003;1(8):49-54. (in Ukrainian).
28. Tereshchenko AV, Dudina EA, Moiseenko RA. *Analysis of the monitoring and evaluation system of regionalization perinatal care around the world (review). Health of woman.* 2014;10(96):49-57. (in Russian).

Отримано 12.02.2018 ■

Антипкин Ю.Г., Волосовец А.П., Майданник В.Г., Березенко В.С., Моисеенко Р.А., Выговская О.В., Кривоустов С.П., Заболотько В.Н., Аряев Н.Л., Абатуров А.Е., Крючко Т.А., Бекетова Г.В., Охотникова О.М., Крамарев С.А., Петренко В.И., Левицкий А.Ф., Марушко Ю.В., Марушко Т.В., Пятницкий Ю.С., Шадрин О.Г., Муквич Е.Н., Микичак И.В., Косовская Т.П., Лисак В.П., Сороколат Ю.В., Терещенко А.В., Банадыга Н.В., Беш Л.В., Болбот Ю.К., Боярская Л.Н., Волосянко А.Б., Гончарь М.А., Дудник В.М., Зубаренко А.В., Клименко Т.М., Колоскова Е.К., Леженко Г.А., Овчаренко Л.С., Сенаторова А.С., Смиян А.И., Сорокман Т.В., Стоева Т.В., Чернишова О.Е., Цодикова О.А., Бондаренко Т.В., Голяк М.В., Знак О.Р., Ефремова Н.Н., Карчевич Т.Е., Лукьяненко О.В., Лунева А.В., Марченко Н.М., Михно С.Л., Писаренко С.Г., Pokatilova T.M., Rubanova E.I., Stashko O.V., Shmalko N.A., Щербинска К.Н., Мозирская Е.В.
 ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина
 Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина
 Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
 Центр медицинской статистики МЗ Украины, г. Киев, Украина

Состояние здоровья детского населения — будущее страны (часть 2)

Резюме. Статья посвящена проблемам увеличения заболеваемости и распространенности детских болезней в течение 1994–2016 гг. На фоне глобального сокращения кадрового обеспечения детскими специалистами в 1,7 раза, с крайне недостаточным обеспечением областей Юго-Востока, Донецкой и Луганской областей. Все указанное оказывает негативное влияние на качество медицинского обслуживания детского населения, в том числе и выявляемость болезней детского возраста. Авторы обосновывают

необходимость восстановления кадрового и материально-технического потенциала педиатрической службы, разработки современных лечебно-диагностических технологий, сохранение иммунопрофилактики и профилактики инвалидности распространенных детских болезней, что является важной составляющей национальной системы здравоохранения и безопасности страны в целом.

Ключевые слова: дети; заболеваемость; инвалидность; образование; педиатрия; распространенность болезней

Yu.G. Antipkin, A.P. Volosovets, V.G. Maidannik, V.S. Berezenko, R.A. Moiseenko, O.V. Vygovskaya, S.P. Krivopustov, V.N. Zabolotko, N.L. Aryaev, A.E. Abaturov, T.A. Kryuchko, G.V. Beketova, O.M. Okhotnikova, S.A. Kramarev, V.I. Petrenko, A.F. Levitsky, Yu.V. Maroushko, T.V. Maroushko, Yu.S. Piatnytskyi, O.G. Shadrin, E.N. Mukvich, I.V. Mikichak, T.P. Kosovskaya, V.P. Lisak, Yu.V. Sorokalat, A.V. Tereshchenko, N.V. Banadyga, L.V. Besh, Yu.K. Bolbot, L.N. Boyarskaya, A.B. Volosyanko, M.A. Gonchar, V.M. Dudnik, A.V. Zubarenko, T.M. Klimenko, E.K. Koloskova, G.A. Lezhenko, L.S. Ovcharenko, A.S. Senatorova, A.I. Smiyan, T.V. Sorokman, T.V. Stoeva, O.E. Chernishova, O.A. Tsodikova, T.V. Bondarenko, M.V. Golyak, O.R. Znak, N.N. Efremova, T.E. Karchevich, O.V. Lukyanenko, A.V. Luneva, N.M. Marchenko, S.L. Mikhno, S.G. Pisarenko, T.M. Pokatilova, E.I. Rubanova, O.V. Stashko, N.A. Shmalko, K.N. Shcherbinska, E.V. Mozyrskaya
 State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine
 Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
 Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine
 Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Child health status — the future of the country (part 2)

Abstract. The article deals with the problems of increasing the incidence and prevalence of childhood diseases during 1994–2016 against the background of a global reduction in the staffing of children's specialists by 1.7 times, with an extremely inadequate supply of the regions of the South-East, Donetsk and Luhansk regions. All of this has a negative impact on the proper medical care of the child population, including the detection of childhood diseases. The authors substantiate the need to restore

the personnel and material-technical potential of the pediatric service, the development of modern diagnostic and treatment technologies, the preservation of immunization and the prevention of disability of common childhood diseases that is an important component of the national health care and safety system of the country as a whole.

Keywords: children; morbidity; disability; education; pediatrics; prevalence of diseases