

Стан надання медичної допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2014 році



Н.Б. Зелінська¹, Н.Г. Руденко²

¹ Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

² ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ

Представлено статистичні показники, які відображають стан дитячої ендокринологічної служби України у 2014 році, показники поширеності й захворюваності на основні ендокринні хвороби в дітей, стан стаціонарної допомоги дітям, рівень диспансеризації, інвалідності та смертності.

Проаналізовано динаміку показників за попередні роки, зокрема в різних регіонах країни.

Ключові слова: дитяча ендокринологія, статистика, ендокринні хвороби, діти, поширеність, захворюваність.

Кадри і штати дитячої ендокринологічної служби

Спеціалізовану ендокринологічну медичну допомогу дітям у системі Міністерства охорони здоров'я України (без урахування АР Крим і м. Севастополь) у 2014 р. надавали 203 фахівці з дитячої ендокринології, що становило 0,03 на 1000 дитячого населення 0–17 років.

Найнижчою забезпеченість дитячими ендокринологами продовжує залишатися в Луганській (1 лікар — 0,00 на 1000 дитячого населення), Донецькій, Закарпатській, Миколаївській, Харківській, Черкаській (по 0,01) областях, що погіршує доступність та своєчасність надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринними розладами, кількість яких невпинно зростає, тому кадрове забезпечення потребує уваги керівників охорони здоров'я областей. Найвищий рівень забезпеченості дитячими ендокринологами у м. Києві (0,08), що зумовлено наявністю в місті лікувальних закладів, не підпорядкованих ГУОЗ м. Києва (НДСЛ «Охматдит», інші заклади підпорядкування МОЗ та НАМН України).

На території України певна кількість дитячих ендокринологів працює в лікувальних закладах

системи НАМН України і надає допомогу дітям з ендокринною патологією у поліклінічних та стаціонарних відділеннях цих закладів: ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМНУ» (м. Харків), ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМНУ» (м. Київ), ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМНУ» (м. Київ). Крім того, лікувальну роботу з дитячої ендокринології також проводять працівники кафедр ендокринології (або педіатрії) медичних університетів.

Серед загальної кількості дитячих ендокринологів мають кваліфікаційну категорію 146 лікарів, або 71,9 %, з них вищу кваліфікаційну категорію мають 82 лікарі, першу — 42, другу — 22. У 2014 р. збільшилася кількість дитячих ендокринологів, які мають вищу категорію (рис. 1).

Найбільша питома вага лікарів, які мають категорію (100 %), — у Рівненській (8 лікарів), Чернігівській (7), Житомирській (6), Херсонській (5), Кіровоградській (4), Черкаській (3), Миколаївській (2), Луганській (1) областях.

Найменша кількість атестованих дитячих ендокринологів у м. Києві — 16 (24 атестованих із 40 фахівців). У Київській області не атестованими

Стаття надійшла до редакції 12 червня 2015 р.

Зелінська Наталя Борисівна, д. мед. н., зав. відділу дитячої та підліткової ендокринології
01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А. Тел. (044) 254-34-68

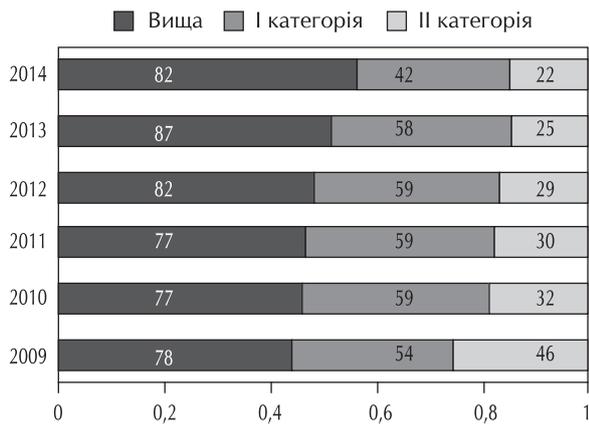


Рис. 1. Кількість дитячих ендокринологів, які мають кваліфікаційні категорії

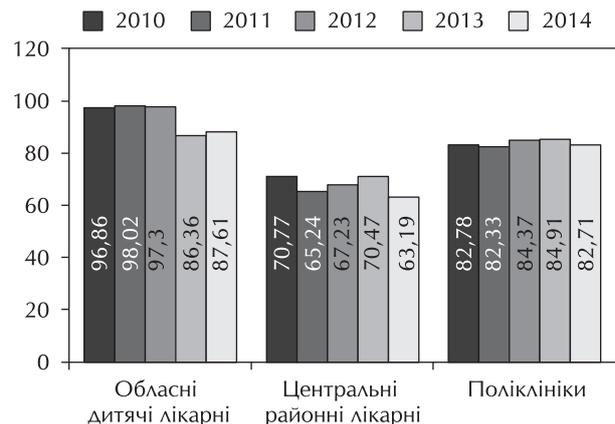


Рис. 3. Укомплектованість штатних посад дитячих ендокринологів зайнятими посадами в окремих типах лікувальних закладів

залишаються 8 фахівців, в Одеській області — 5, у Вінницькій — 4, у Запорізькій, Львівській і Тернопільській областях — по 3, у Волинській, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Хмельницькій та Чернівецькій областях — по 2, у Донецькій, Закарпатській, Полтавській, Сумській, Харківській областях — по 1 фахівцю.

У цілому в закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, укомплектованість штатних посад дитячих ендокринологів зайнятими посадами у 2014 р. становила 85,17 %, основними працівниками на зайнятих посадах — 75,35 % (рис. 2).

На кінець 2014 р. у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, різниця між штатними посадами та основними працівниками в лікувально-профілактичних закладах дещо зменшилась і досягла 75,35 порівняно

із 75,61 у 2013 р., 76,25 у 2012 р., 80,50 у 2011 р., 87,75 у 2010 р., 82,75 у 2009 р.

Найбільша різниця між штатними посадами та основними працівниками у 2013 р. залишається в Дніпропетровській (9,75), Київській (7,25) областях, у м. Києві (6,50), тобто слід звернути увагу на укомплектованість фахівцями на місцях.

Укомплектованість штатних посад дитячих ендокринологів зайнятими посадами в лікувально-профілактичних закладах досить висока. У 2014 р. в обласних дитячих лікарнях вона становила 87,61 %, у центральних районних лікарнях — 63,19 %, у поліклініках — 82,71 % (рис. 3). Більшість фахівців-ендокринологів концентрується в дитячих поліклініках та дитячих обласних лікарнях, що забезпечує своєчасне виявлення ендокринних порушень у дітей та кваліфікований підхід до діагностики та лікування цих порушень.

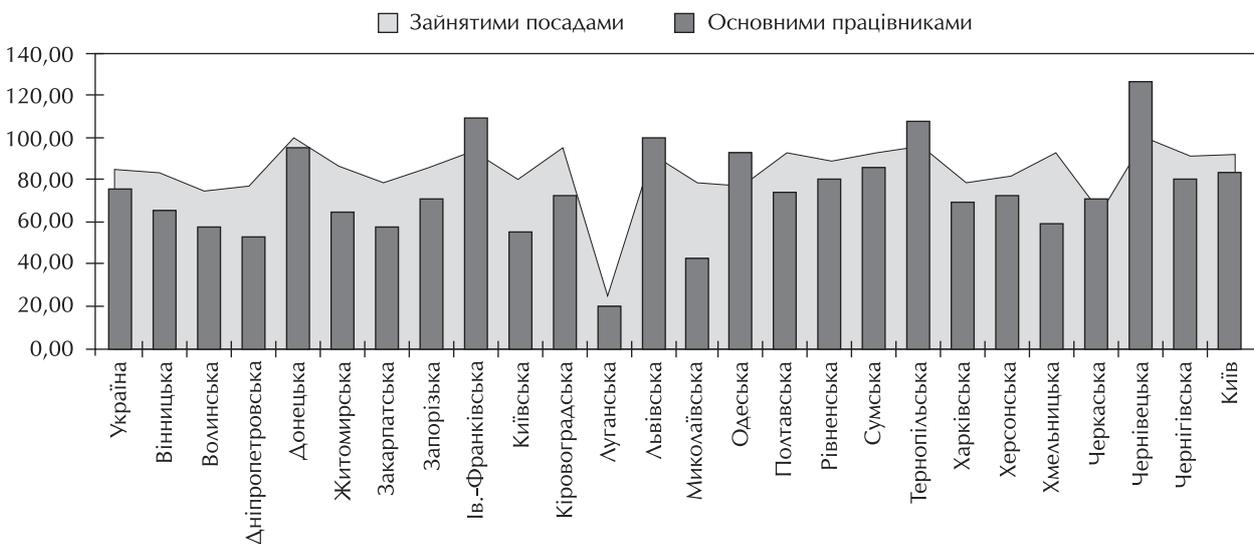


Рис. 2. Укомплектованість штатних посад зайнятими посадами та основними працівниками на зайнятих посадах у регіонах України у 2014 р.

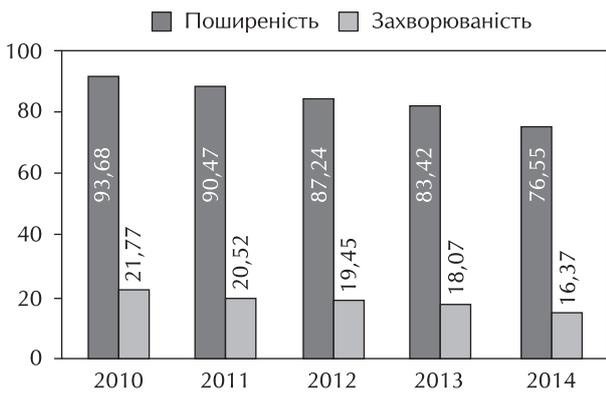


Рис. 4. Поширеність хвороб ендокринної системи в дітей 0–17 років на 1000 відповідного населення

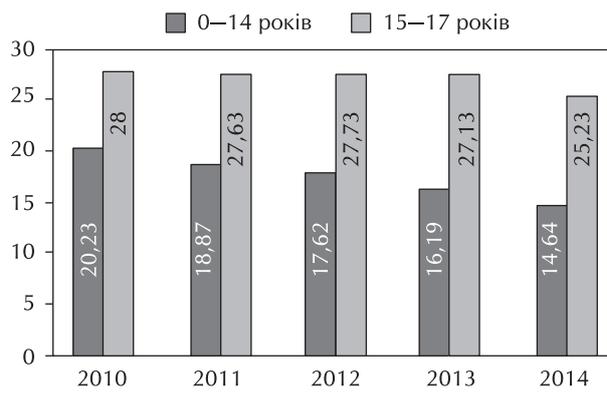


Рис. 6. Захворюваність на хвороби ендокринної системи в дітей окремих вікових груп на 1000 відповідного населення

Поширеність і захворюваність на хвороби ендокринної системи

Поширеність хвороб ендокринної системи та розладів харчування в дітей 0–17 років у 2014 р. становила 76,55 на 1000 відповідного населення порівняно з 83,42 у 2013 р., з них уперше було зареєстровано у 2014 р. 16,37 випадку порівняно з 18,07 у 2013 р. (рис. 4).

Протягом останніх шести років поширеність і захворюваність на ендокринну патологію в дітей України необґрунтовано постійно зменшується, незважаючи на загальну світову тенденцію до її зростання в дітей різного віку. Це зумовлено зниженням рівня виявлення цієї патології на первинному рівні внаслідок погіршення діагностики.

Найвищий рівень поширеності хвороб ендокринної системи, розладів харчування у 2014 р. був зареєстрований у дітей 0–17 років Рівненської (192,61 на 1000 відповідного населення), Волинської (169,44) та Київської (165,98) областей. Одночасно найнижчий рівень був у Луганській (12,14), Донецькій (19,82), Одеській (30,98), Херсонській (35,64), Полтавській (35,83), Запорізькій (39,75) та Миколаївській (39,75) областях.

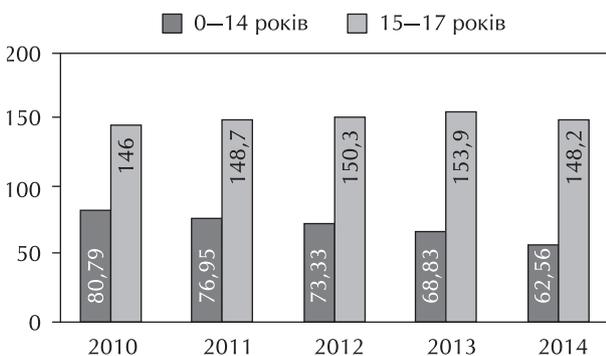


Рис. 5. Поширеність хвороб ендокринної системи в дітей окремих вікових груп на 1000 відповідного населення

Слід відмітити зростання зареєстрованих хвороб ендокринної системи, розладів харчування серед дітей підліткового віку (15–17 років) на тлі зниження поширеності цієї патології серед дітей віком 0–14 років, зокрема первинного діагностування (захворюваності) (рис. 5, 6).

У структурі всіх зареєстрованих хвороб у дітей 0–17 років поширеність хвороб ендокринної системи у 2014 р., як і в попередні роки, посіла шосте місце і склала 4,35 % (у 2013 р. – 4,34 %, у 2012 р. – 4,54 %) – після патології органів дихання, травлення, ока та придаткового апарату, шкіри, кістково-м'язової системи.

У структурі поширеності всіх хвороб ендокринної системи перше місце посідає дифузний зоб I ступеня (52,95 %), друге – ожиріння (17,77 %), на третьому місці стоїть дифузний зоб II–III ступенів (3,70 %) і на четвертому місці – цукровий діабет (1,38 %). Інші хвороби щитоподібної залози (тиреїдит – 1,14 %, гіпотиреоз – 0,56 %, вузловий зоб – 0,39 %, тиреотоксикоз – 0,07 %, післяопераційний гіпотиреоз – 0,03 %) та нецукровий діабет (0,05) реєструють у межах або менше одного відсотка (рис. 7). Структура поширеності хвороб ендокринної системи в дітей окремих вікових груп аналогічна.

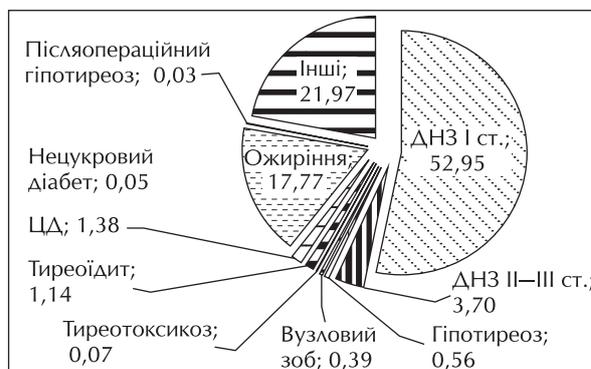


Рис. 7. Структура поширеності хвороб ендокринної системи в дітей 0–17 років у 2014 р.

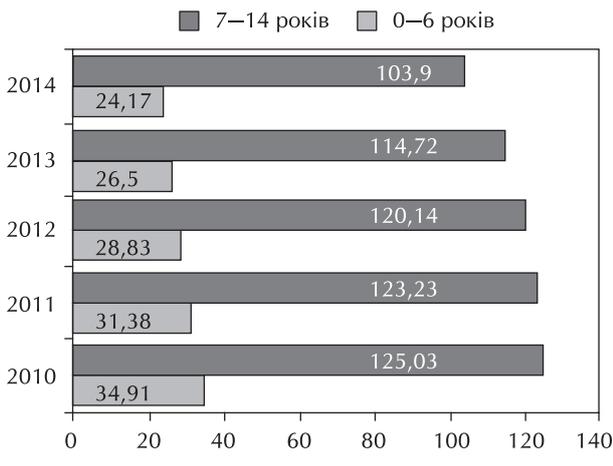


Рис. 8. Поширеність хвороб ендокринної системи в дітей окремих вікових груп на 1000 відповідного населення

У структурі хвороб ендокринної системи, що зареєстровані вперше в житті (захворюваність), як і в попередні роки, перше місце належить дифузному зобу I ступеня (39,28 %), друге – ожирінню (17,10 %), і на третьому місці стоїть дифузний зоб II–III ступенів (2,87 %). Інші хвороби щитоподібної залози (тиреїдит – 1,16 %, гіпотиреоз – 0,55 %, вузловий зоб – 0,55 %, тиреотоксикоз – 0,61 %, післяопераційний гіпотиреоз – 0,03 %), цукровий діабет (0,98 %) та нецукровий діабет (0,02 %) реєструють у межах менше одного відсотка.

Аналізуючи статистичні дані про поширеність хвороб ендокринної системи у дітей до підліткового віку – 0–6 років та 7–14 років, слід зазначити, що найвищий рівень його спостерігається серед дітей віком 7–14 років, перевищуючи відповідний рівень поширеності серед усіх дітей 0–14 років (рис. 8).

Поширеність хвороб ендокринної системи за місцем проживання дітей має суттєві відмінності. Якщо в цілому в Україні поширеність хвороб ендокринної системи в сільських мешканців значно перевищує відповідний рівень поширеності хвороб у міських жителів (94,47 і 67,06 відповідно), то в міських дітей частіше реєструють такі

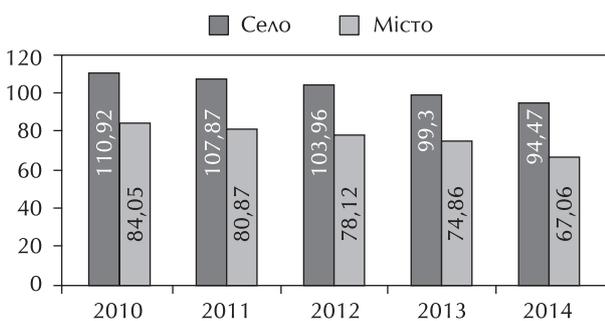


Рис. 9. Поширеність хвороб ендокринної системи серед дітей за місцем проживання на 1000 дитячого населення

Таблиця

Поширеність хвороб ендокринної системи серед дитячого населення 0–17 років за місцем проживання на 1000 дітей

Хвороби	Село	Місто
Усі хвороби ендокринної системи	94,47	67,06
Дифузний зоб I ступеня	57,15	31,73
Дифузний зоб II–III ступенів	3,56	2,45
Набутий та вроджений гіпотиреоз	0,30	0,49
Вузловий зоб	0,23	0,33
Тиреотоксикоз	0,04	0,05
Тиреїдит	0,44	1,10
Цукровий діабет	0,82	1,18
Нецукровий діабет	0,04	0,04
Ожиріння	15,73	12,47
Післяопераційний гіпотиреоз	0,01	0,02

нозологічні форми, як гіпотиреоз, вузловий зоб, тиреотоксикоз, тиреїдит, цукровий діабет та післяопераційний гіпотиреоз (рис. 9; таблиця).

Таким чином, проблема суттєвих відхилень у реєстрації хвороб ендокринної системи має стати предметом ретельного аналізу стану роботи ендокринологічної (педіатричної) служби в регіонах.

Недостатньою є своєчасна діагностика патології росту та статевого розвитку майже в усіх регіонах. Це пов'язано з недостатньою увагою лікарів первинної ланки до цієї проблеми: не проводяться регулярні щорічні антропометричні виміри дітей, не аналізується динаміка росту, статевого розвитку. Це призводить до пізньої діагностики патології росту (в першу чергу гіпофізарного нанізму, синдрому Шерешевського–Тернера), а також статевого розвитку як у хлопчиків, так і в дівчаток (зокрема вродженого аденогенітального синдрому). Водночас це зумовлює несвоєчасне лікування і його недостатню ефективність.

Проте слід відзначити певні позитивні тенденції щодо діагностики захворювань, які супроводжуються затримкою росту. Так, завдяки існуванню державної програми із забезпечення безкоштовного лікування дітей з нанізмом різного походження препаратами гормону росту і збільшенню уваги до цієї проблеми в суспільстві протягом останніх 6 років кількість дітей із соматотропною недостатністю зростає більше ніж на 45 %, із синдромом Шерешевського–Тернера – на 20 %. Станом на початок 2015 р. в Україні зареєстровано всього 1179 дітей із низькорослістю внаслідок соматотропної недостатності, синдрому Шерешевського–Тернера, синдрому Рассела–Сільвера, синдрому Нунан, синдрому Ларона.

Ще однією проблемою залишається незадовільна верифікація діагнозів ендокринних хвороб без дотримання протоколів з дитячої ендокринології, затверджених наказами МОЗ України, та сучасних діагностичних можливостей. Це стосується

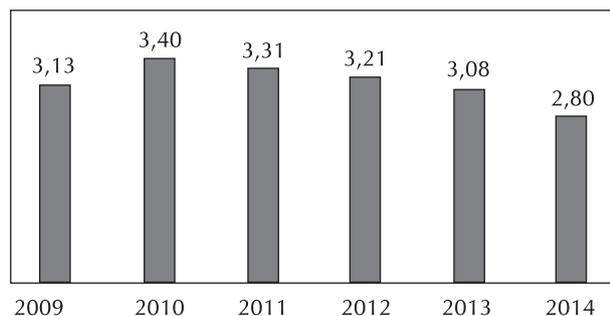


Рис. 10. Поширеність ожиріння в дітей 0–17 років (на 1000 дитячого населення)

також процесу викладання студентам у медичних навчальних закладах та навчання лікарів на кафедрах післядипломної освіти.

Свідченням неефективного діагностичного процесу слугує низька частота реєстрації ожиріння в дітей, що становить у середньому в Україні 13,60 на 1000 дитячого населення 0–17 років (1,36 %), а це значно нижче, ніж у більшості країн Європи, де частота ожиріння серед дітей коливається в межах 10–15 %, більше — серед підлітків. В Україні краще виявляють ожиріння в дітей віком 0–17 років у Вінницькій (27,71 на 1000 дітей відповідного віку), Київській (22,10) і Тернопільській (20,35) областях, найменша поширеність ожиріння — у Луганській (2,85), Донецькій (7,29), Миколаївській (8,61), Одеській (9,42), Волинській (9,99) областях (рис. 10–12).

Враховуючи негативну роль дитячого ожиріння у формуванні цілої низки тяжких патологічних станів і хвороб, а також зважаючи на резолюцію Європейської міністерської конференції ВООЗ із боротьби з ожирінням (2006 р.), в Україні слід покращити виявлення та профілактику цієї патології в дітей.

Цукровий діабет посідає четверте місце у структурі всіх хвороб ендокринної системи в дітей в Україні й найчастіше стає причиною інвалідизації

хворих через розвиток тяжких хронічних ускладнень.

Станом на початок 2015 р. в Україні зареєстровано 8028 дітей віком 0–17 років, хворих на цукровий діабет (без урахування АР Крим та м. Севастополь), що становить 10,6 на 10 тис. дитячого населення. Протягом останніх 10 років в Україні поширеність цукрового діабету в дітей 0–17 років невпинно зростає (рис. 13), найбільш швидкими темпами — серед дітей найменшого віку — до 6 років (на 10 000 населення цього віку) (рис. 14).

Аналогічна тенденція спостерігається і щодо зростання захворюваності на діабет (рис. 15, 16). У 2014 р. вперше було діагностовано цукровий діабет у 1243 дітей віком до 17 років включно, у тому числі у 408 дітей віком до 6 років.

Диспансерне спостереження дітей з ендокринними хворобами

Один із важливих показників, які характеризують медичну допомогу дітям із хворобами ендокринної системи, — це рівень та повнота охоплення хворих із цією патологією диспансерним наглядом.

Рівень диспансеризації дітей із хворобами ендокринної системи постійно погіршується. У середньому в Україні у 2014 р. цей показник становив 54,37, у 2013 р. — 59,62 на 1000 дитячого населення (рис. 17).

Про якість диспансерного спостереження за дітьми із хворобами ендокринної системи можна судити на підставі аналізу повноти і своєчасності охоплення диспансерним спостереженням, плановості спостереження, виконання призначених діагностичних і лікувально-оздоровчих заходів, їх видів, повноти та комплексності.

Враховуючи зростання кількості випадків злоякісних новоутворень щитоподібної залози в дітей, зокрема під маскою мікроаденом, усі діти з вузловими утвореннями повинні бути проконсультовані у високоспеціалізованих ендокринологічних

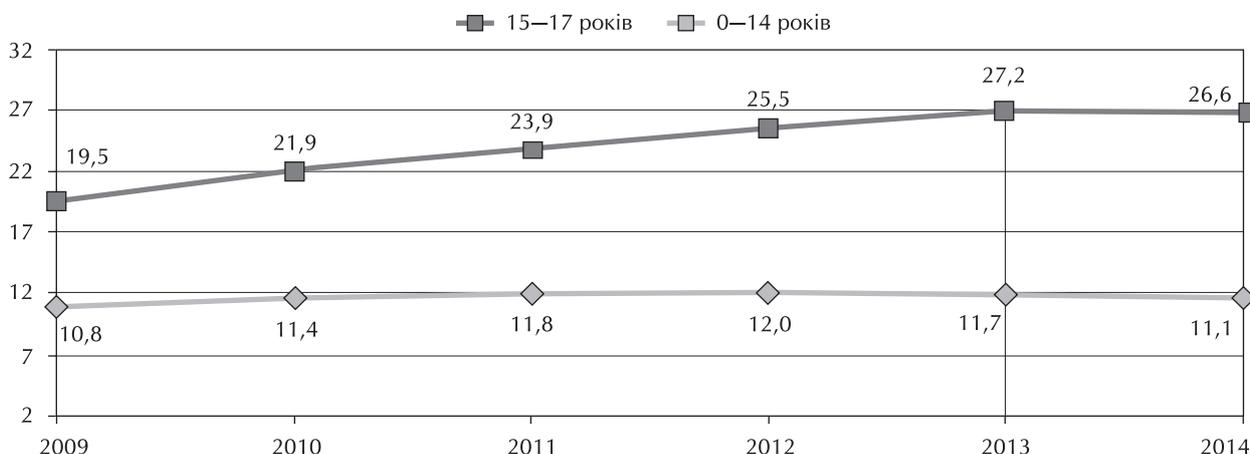


Рис. 11. Поширеність ожиріння в дітей різних вікових груп (на 1000 дитячого населення)

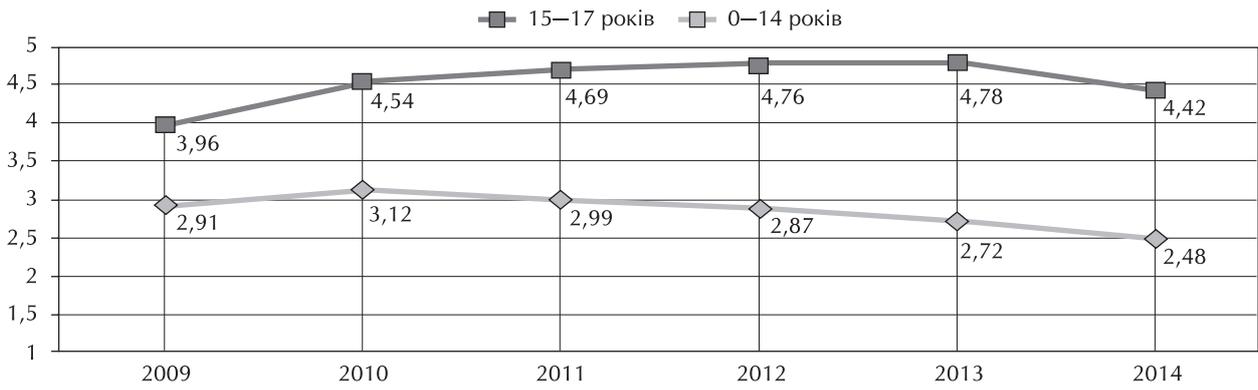


Рис. 12. Захворюваність на ожиріння серед дітей різних вікових груп (на 1000 дитячого населення)

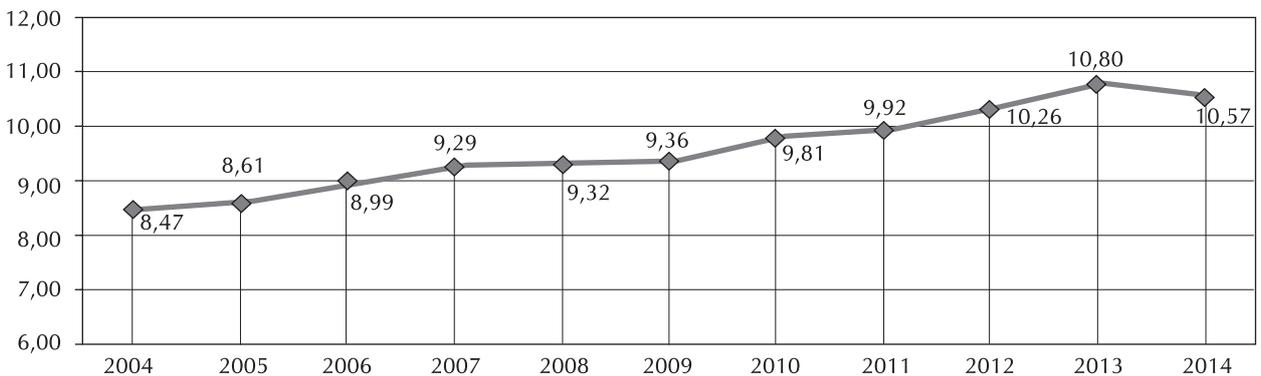


Рис. 13. Поширеність цукрового діабету серед дітей 0–17 років (на 10 000 дитячого населення)

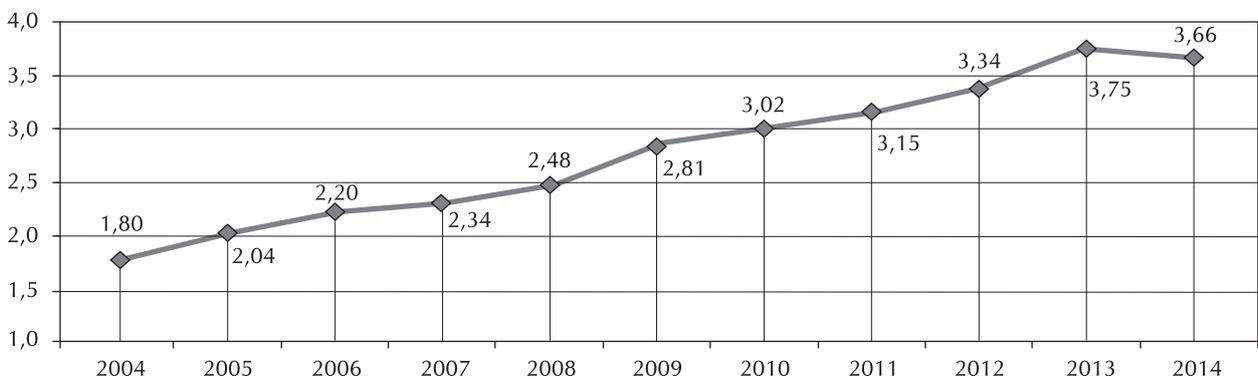


Рис. 14. Поширеність цукрового діабету серед дітей 0–6 років (на 10 000 дитячого населення)

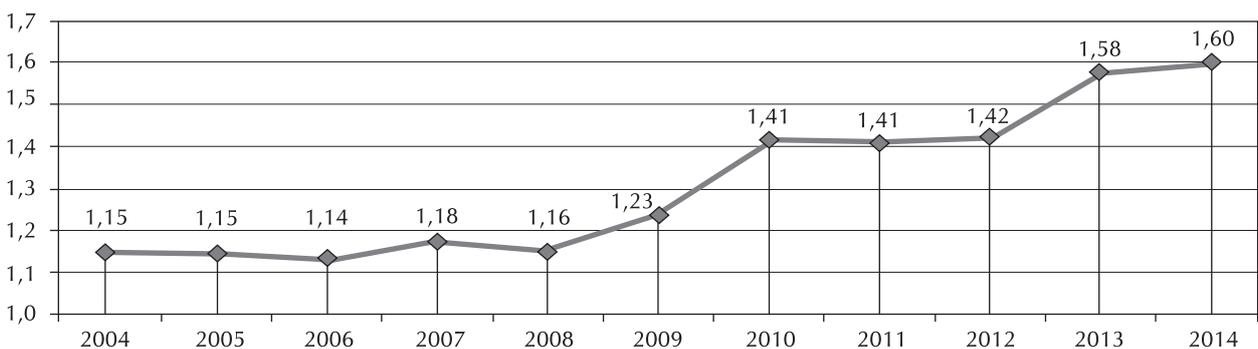


Рис. 15. Захворюваність на цукровий діабет серед дітей 0–17 років (на 10 000 дитячого населення)

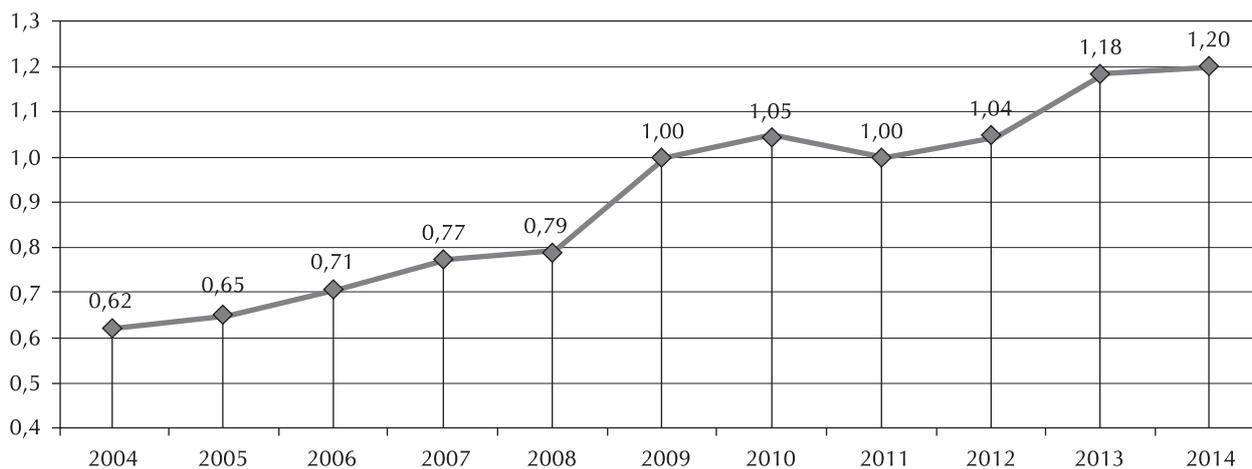


Рис. 16. Захворюваність на цукровий діабет серед дітей 0–6 років (на 10 000 дитячого населення)

установах із проведенням за необхідності тонко-голкової пункційної біопсії під контролем УЗД з імуноцитохімічним дослідженням пунктату. Неприпустиме проведення пункційної біопсії вузлів щитоподібної залози в умовах лікувальних закладів на рівні обласних (міських) дитячих установ, що не мають достатнього досвіду їх патоморфологічної верифікації, тим більше — оперативного лікування дітей з вузловим зобом.

Протягом останніх років збільшилася частота випадків надниркової артеріальної гіпертензії в дітей, особливо внаслідок гормонально активних пухлин надниркових залоз, що потребує їх вчасної діагностики та уваги дитячих кардіологів, педіатрів, сімейних лікарів з обов'язковим усебічним обстеженням у дитячого ендокринолога й адекватним патогенетичним лікуванням, за потреби — оперативним в умовах високоспеціалізованих ендокринологічних клінік із достатнім досвідом такого лікування.

Хоча обсяг диспансерного спостереження потребує значної оптимізації, якість цього спостереження протягом останніх років поступово покращується, у першу чергу дітей із цукровим діабетом. Разом із тим у більшості регіонів відсутня можливість регулярного, згідно з протоколом, визначення глікованого гемоглобіну — критерію адекватності лікування, та мікроальбумінурії — важливого критерію діагностики діабетичної нефропатії.

Інвалідність дітей з ендокринними хворобами

Рівень загальної інвалідності в дітей з ендокринними хворобами поступово зростає. Найвищий рівень інвалідності у 2014 р. був зареєстрований серед дітей віком 15–17 років (2,30 на 1000 відповідного населення), дещо нижчий — дітей віком 7–14 років (2,00), 3–6 років (1,12), і найнижчий показник — серед дітей віком до 3 років (0,47). Рівень первинної інвалідності серед дітей

віком до 17 років включно становив 0,23 на 1000 відповідного населення у 2014 р. порівняно з 0,22 у 2013 р., 0,20 — у 2012 і 2011 роках.

Найвищий рівень первинної інвалідності дітей унаслідок хвороб ендокринної системи зареєстрований у Харківській (0,39) та Полтавській (0,34) областях, у Київській області та в м. Києві (по 0,31); найнижчий рівень — у Луганській (0,05), Донецькій (0,11), Миколаївській (0,17), Запорізькій (0,18), Закарпатській, Херсонській і Чернівецькій (по 0,11) областях.

Стаціонарне лікування дітей з ендокринними хворобами

Загальна кількість дитячих ендокринологічних ліжок у системі МОЗ України поступово скорочується. У 2014 р. вона становила 509 ліжок (без урахування лікувальних установ АР Крим і м. Севастополь, в яких кількість ліжок була необґрунтовано високою, відповідно 45 і 8 ліжок) порівняно із 602 ліжками у 2013 р., 607 у 2012 р., 614 у 2011 р. і 625 у 2010 р.

Забезпеченість ендокринологічними ліжками дитячого населення у 2014 р. становила 0,67 на 10 000 дітей віком 0–17 років із поступовим зменшенням показника протягом останніх 5 років, що

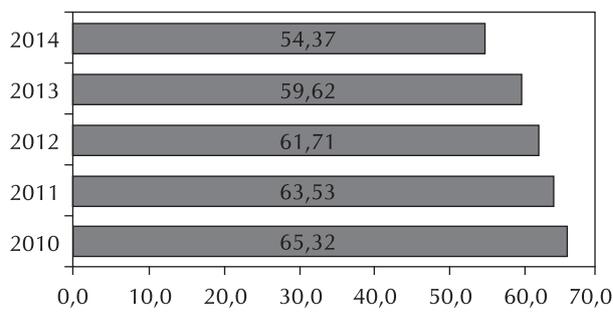


Рис. 17. Рівень диспансеризації дітей 0–17 років із хворобами ендокринної системи (на 1000 дитячого населення)

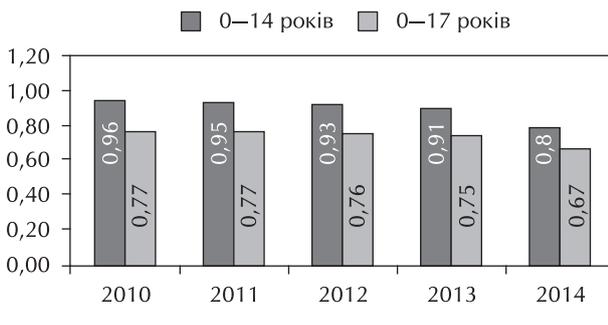


Рис. 18. Забезпеченість населення дитячими ендокринологічними ліжками (на 10 000 дитячого населення)

є прогресивною тенденцією, враховуючи використання альтернативних стаціонар-замісних технологій, покращення можливостей амбулаторного обстеження та корекції лікування дітей з ендокринними розладами (рис. 18).

Водночас діти, які потребують стаціонарного лікування або обстеження, повинні мати доступ до такого виду допомоги, тому забезпеченість дитячими ендокринологічними ліжками слід оптимізувати, щоб використовувати їх відповідно до показань, зазначених у протоколах, які затверджені наказами МОЗ України.

Найнижчою забезпеченість дитячими ендокринологічними ліжками у 2014 р. була в Донецькій (0,15 на 10 000 дитячого населення віком 0–17 років), Вінницькій (0,34) та Закарпатській (0,38) областях. За даними річного звіту, у Луганській області ліжка не зареєстровані (у 2013 р. було 5 ліжок в обласній дитячій лікарні).

Найбільша кількість дитячих ендокринологічних ліжок входить у ліжковий фонд обласних дитячих лікарень – 351 ліжка (68,96 %), у шести дитячих міських лікарнях розгорнуто 108 ліжок (21,22 %), в ендокринологічних диспансерах знаходиться 30 ліжок (5,90 %) і у двох міських лікарнях для дорослих розміщено 20 ліжок (3,93 %) (рис. 19).

Слід зазначити, що чисельність ліжок у дитячих обласних лікарнях у 2010 р. становила 369 ліжок із поступовим щорічним збільшенням їх кількості у 2012 р. до 399 ліжок; у 2013 р. кіль-

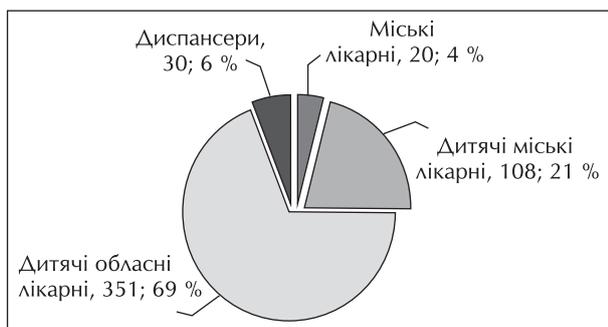


Рис. 19. Розподіл дитячих ендокринологічних ліжок за типами лікарняних закладів

кість ліжок зменшилася до 391 ліжка, у 2014 р. ще скоротилася до 351 ліжка (без урахування лікувальних установ АР Крим та м. Севастополь).

До найважливіших показників роботи стаціонару належать ті, що характеризують використання ліжкового фонду: середня кількість днів роботи ліжка за рік, середній обіг ліжка, середня тривалість перебування хворого на ліжку тощо. Середня кількість днів зайнятості дитячих ендокринологічних ліжок у 2014 р. в Україні становила 310,1 порівняно з 309,7, 306,7, 306,5, 315,6 дня у 2013, 2012, 2011, 2010-му роках відповідно.

Найвищий рівень зайнятості дитячих ендокринологічних ліжок був у Вінницькій (392,32) і Черкаській (386,8) областях. Найменшу кількість днів були зайняті ендокринологічні ліжка у Донецькій (22,90) і Волинській (208,4) областях.

Подібна картина і щодо середнього перебування хворого на дитячому ендокринологічному ліжку – відповідно 10,97 порівняно з 10,92, 10,97, 11,20, 12,00, 11,88 дня. Найвищим середній ліжко-день був у Львівській (14,07) області та в м. Київ (13,57); найнижчим – у Донецькій (7,39), Волинській (7,89), Кіровоградській (8,22) та Миколаївській (8,31) областях.

Обіг ліжка, що дає уявлення про середню кількість дітей, які можуть пройти лікування протягом року на одному ліжку, у 2014 р. був 28,26 порівняно з 28,77, 27,96, 27,36, 26,30 разу у 2013, 2012, 2011, 2010-му роках.

Найвищим обіг ліжка був у Миколаївській (42,05) та Черкаській (40,73) областях; найменшим – виявився в Донецькій (3,10), Запорізькій (17,07), Львівській (17,32) та Рівненській (18,40) областях.

Слід зазначити, що продовжується практика госпіталізації дітей з ендокринною патологією, яка не потребує стаціонарної допомоги, а обстеження можна проводити в амбулаторних умовах. У 2014 р. майже 25 % дітей було госпіталізовано не за медичними показаннями, а лише з метою завантаження дитячих ендокринологічних ліжок. Разом із тим протягом останніх 5 років відмічається поступова позитивна динаміка цього показника.

Такі випадки можна розцінювати як недотримання протоколів із дитячої ендокринології (затверджені наказами МОЗ: № 254 від 27.04.2006 р., № 55 від 03.02.2009 р.), в яких визначено показання до госпіталізації дітей з різними ендокринними патологіями. Це стосується перш за все дифузного зоба, аутоімунного тиреоїдиту тощо. Тому незрозуміла велика кількість випадків госпіталізації дітей із дифузним зобом II–III ступеня і тривалість такого лікування в низці областей: у м. Києві (109 дітей із середнім ліжко-днем 15,91(!)), в Одеській (40 дітей, ліжко-день – 4,95), Дніпропетровській (27 дітей, ліжко-день – 11,56), Харківській (22 дитини, ліжко-день – 5,73) областях.

Тому для запобігання нецільовому використанню ліжок і коштів на перебування на ліжку головним

дитячим ендокринологом, головним лікарям лікувальних установ необхідно стежити за дотриманням показань для госпіталізації дітей у стаціонарні відділення відповідно до протоколів, затверджених наказами МОЗ України. Крім того, місцевим департаментами охорони здоров'я регіонів слід привести у відповідність кількість ліжок до реальної потреби в них.

Летальність у стаціонарах хворих із хворобами ендокринної системи, розладами харчування, порушенням обміну речовин у 2014 р. становила 0,18 на 100 хворих, які вибули зі стаціонару, порівняно з 0,19, 0,23, 0,22, 0,24 у 2013, 2012, 2011, 2010-му роках відповідно.

Летальність при цукровому діабеті серед госпіталізованих дітей віком 0–17 років у 2014 р. була 0,03 порівняно з 0,01, 0,06, 0,03, 0,08 на 100 госпіталізованих у 2013, 2012, 2011, 2010-му роках відповідно. Померло внаслідок цукрового діабету по одній дитині: у Вінницькій, Донецькій, Харківській областях. Причиною смерті дітей був діабетичний кетоацидоз, який ускладнився набряком мозку. Основні причини, які призводили до розвитку діабетичного кетоацидозу, – це відсутність адекватного лікування (унаслідок пізньої діагностики, у дітей із соціально неблагополучних сімей, зокрема внаслідок відмови батьків від лікування інсуліном, самовільне й необґрунтоване зменшення дози інсуліну, пізні звернення по медичну допомогу тощо), приєднання тяжкого інфекційного захворювання без проведення адекватної інсулінотерапії.

Під час аналізу стану спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні слід врахувати, що вона надається в лікувальних закладах не лише МОЗ, а й НАМН України. Разом із тим

статистична звітність складається лише за даними звітів регіонів, без урахування показників надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в закладах іншого підпорядкування. Таким чином, не можна вважати об'єктивними показники забезпечення лікарями-дитячими ендокринологами, показники стаціонарного лікування, диспансеризації, оперативного лікування тощо.

Централізоване забезпечення дітей медикаментами й засобами медичного призначення

У 2014 р. певні категорії дітей були забезпечені лікарськими засобами та виробами медичного призначення за кошти державного бюджету. Так, усі діти із цукровим діабетом отримали індивідуальні глюкометри із тест-смужками до них у середній кількості по Україні по 850 тест-смужок на одну дитину на рік (з коливаннями в різних регіонах залежно від кількості вперше виявлених дітей). Така забезпеченість тест-смужками, незважаючи на щорічне збільшення їх кількості на кожну дитину (яке починалось у 2004 р. із 350 тест-смужок на одну дитину на рік), залишається нижчою, ніж рекомендовано міжнародними клінічними настановами і протоколом, затвердженим наказом МОЗ України, – 4–6 досліджень на добу. Крім того, у 2014 р. були забезпечені препаратами гормону росту в повному обсязі всі діти із нанізмом різного походження (гіпофізарним, гіпофізарно-церебральним, генетичним (синдромами Шерешевського–Тернера, Рассела–Сільвера), таким, що виник унаслідок хронічної ниркової недостатності).

Состояние оказания медицинской помощи детям с эндокринной патологией в Украине в 2014 году

Н.Б. Зелинская¹, Н.Г. Руденко²

¹ Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, Киев

² ГУ «Центр медицинской статистики МЗ Украины», Киев

Представлены статистические показатели, отражающие состояние детской эндокринологической службы Украины в 2014 году, показатели распространенности и заболеваемости основными эндокринными болезнями у детей, состояние стационарной помощи детям, уровень диспансеризации, инвалидности и смертности.

Проанализирована динамика показателей за предыдущие годы, в том числе в разных регионах страны.

Ключевые слова: детская эндокринология, статистика, эндокринные болезни, дети, распространенность, заболеваемость.

Medical care for children with endocrine pathology in Ukraine in 2014

N.B. Zelinska¹, N.G. Rudenko²

¹ Ukrainian Center of Endocrine Surgery, Endocrine Organs and Tissue Transplantation, MOH of Ukraine, Kyiv

² SI «Center of Medical Statistic MOH of Ukraine», Kyiv

The article presents the statistical indicators reflecting the state of children's endocrinology service of Ukraine in 2014, the prevalence and incidence of major endocrine diseases in children, the state of hospital care for children, the level of medical examinations, disability and mortality.

We analyzed the dynamics of indicators for previous years, in particular, in different regions of the country.

Key words: pediatric endocrinology, statistics, endocrine disease, children prevalence, morbidity.