

УДК 616.314 – 002 - 053.2 – 058 (048.8)

©О. Є. Федорців, М. В. Голяк, Г. І. Корицький, В. Я. Крупей
 ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
 Обласне управління охорони здоров'я КУТОР “Тернопільська обласна дитяча клінічна комунальна лікарня”

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ – У статті висвітлено основні проблеми стану здоров'я дітей Тернопільської області, пов'язані з медичними, соціальними та екологічними факторами. Відмічено зростання показника захворюваності та поширення її серед дітей та дитячої інвалідності. Показано вплив екопатологічних чинників на стан здоров'я дітей.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ – В статье освещены основные проблемы состояния здоровья детей Тернопольской области, связанные с медицинскими, социальными и экологическими факторами. Отмечен рост показателя заболеваемости и распространения её среди детского населения и детской инвалидности. Показано влияние экопатологических факторов на состояние здоровья детей.

MEDICAL AND SOCIAL AND ECOLOGICAL PROBLEMS OF CHILDREN IN TERNOPIIL REGION – The article describes the basic problems of health of children in Ternopil region. It was marked the increase of morbidity and the spreading of disease among children and child disability. The article describes the effect of negative ecological factors on the health of children.

Ключові слова: здоров'я, діти, екопатологія, захворюваність, інвалідність.

Ключевые слова: здоровье, дети, экопатология, заболеваемость, инвалидность.

Key words: health, children, environmentally sensitive diseases, morbidity, disability.

ВСТУП Від здоров'я дітей та підлітків залежить майбутнє нашої країни, її трудовий, інтелектуальний, репродуктивний потенціал. Стан здоров'я дітей є одним із найчутливіших біологічних показників, які відображають якість навколишнього довкілля. У Конституції України вказується, що “людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю” (стаття 3); “кожна людина має невід'ємне право на життя і здоров'я та право на їх захист” (стаття 27); “кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування” (стаття 49).

В Проекті Розпорядження Кабінету Міністрів України “Про схвалення Концепції Державної програми “Здорова дитина” на 2008–2017 рр.”, в загальній характеристиці говориться, що стан здоров'я дітей є однією з найгостріших соціальних проблем в Україні. Незадовільний стан здоров'я у дитячому віці призводить до порушень здоров'я протягом усього життя людини. Це створює соціальні та фінансові проблеми, негативно впливає на рівень соціально-економічного розвитку країни.

Сьогодні можна вважати стан здоров'я дітей в Україні незадовільним. Це пов'язано із зростанням захворюваності та поширеності її, збільшенням кількості

дітей-інвалідів. Невпинне зменшення населення нашої країни, яке почалося ще в 1990 році, набуло характеру демографічної кризи. Тому збереження життя і здоров'я кожної дитини набирає загальнодержавного значення. В 1989 році Україна, у складі 189 країн світу, підписала Декларацію тисячоліття Організації Об'єднаних Націй (ООН), згідно з якою основою для досягнення стійкого соціального та економічного розвитку є ліквідація бідності й соціальної несправедливості. Наша держава зобов'язалася досягти до 2015 року зниження смертності дітей віком до 5 років на дві третини порівняно з 1990 роком. Важливою подією було також прийняття в 2002 році спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН підсумкового документу в інтересах дітей “Світ, сприятливий для дітей”. Було розроблено план дій відносно створення світу, сприятливого для дітей, і визначено завдання щодо забезпечення права кожної дитини на життя та охорону здоров'я [1, 2].

Проблеми охорони здоров'я дітей Тернопільської області безпосередньо пов'язані з загальними проблемами охорони здоров'я країни: відсутністю пріоритетного фінансування заходів щодо охорони здоров'я дітей; недостатністю взаємодії усіх органів влади та відомств щодо реалізації державної політики відносно охорони здоров'я; послабленням в останні роки уваги до реалізації профілактичного напрямку, який в охороні здоров'я дітей має бути пріоритетним; незадовільною динамікою щодо забезпеченості кадрами, насамперед первинної ланки, та лікарями саме тих спеціальностей (педіатрами, неонатологами, дитячими анестезіологами), діяльність яких безпосередньо впливає на рівень смертності та інвалідності дітей; недостатньою спрямованістю науково-дослідних робіт щодо основних напрямів, які вирішують завдання відносно виживання та розвитку дітей на основі науково-доказової медицини та медико-економічної доцільності; невідповідністю рівня оснащення медичним обладнанням та санітарним транспортом закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога дітям і матерям, сучасним потребам; недостатнім рівнем доступності до спеціалізованої медичної допомоги, насамперед дітей, які проживають у сільській місцевості; недостатньою поінформованістю населення щодо здорового способу життя, раціонального харчування, профілактики інфекційних захворювань, у тому числі тих, що передаються статевим шляхом, збереження репродуктивного здоров'я тощо [2].

Основним інтегрованим показником, що відображає стан здоров'я дітей віком до 1 року, є показник малюкової смертності, який визначає рівень соціально-економічного розвитку та ефективності діяльності системи охорони здоров'я. Великий вплив на смертність

дітей мають соціально-економічні фактори. Смертність дітей є чутливим показником благополуччя країни. Згідно з даними ВООЗ, діти, які проживають у країнах із низьким і середнім рівнями достатку, мають ризик смерті до досягнення віку 5 років у 10 разів вищий, ніж діти в економічно розвинених країнах. На формування показника смертності впливає і рівень освіти та санітарної культури батьків. За даними соціологічних досліджень, лише 28 % батьків в Україні, які мають дітей віком до 1 року, вважають постійне медичне спостереження за дитиною за необхідне, а за даними ВООЗ, смертність серед дітей може в 3–5 разів бути вищою у сім'ях із низьким рівнем освіти. Таким чином, високий рівень малюкової смертності потребує заходів, спрямованих на соціальну підтримку малозабезпечених сімей із дітьми та тих, що опинилися в складних життєвих умовах, підвищення рівня їх інформованості щодо здорового способу життя, створення безпечного для дитини середовища. Однією з причин незадовільного стану здоров'я дітей є травми та насилля. Травми, нещасні випадки та отруєння займають у структурі смертності дітей віком до 14 років перше місце і становлять 26 %, а у підлітків – 65 %. Зростає рівень побутового, дорожньо-транспортного та шкільного травматизму, якому можна запобігти. Негативний вплив на формування здоров'я, у тому числі психічного, має насилля, жорстоке поводження з дитиною удома, в навчальних закладах. Це потребує здійснення заходів, спрямованих на попередження травматизму та насилля, шляхом створення безпечного середовища для дитини на всіх етапах її життя, активізації діяльності органів місцевого самоврядування щодо інформування батьків з цих питань, соціального супроводу сімей групи соціального ризику.

Підлітковий період характеризується наявністю проблем здоров'я, в основі яких лежить ризикова поведінка. Насамперед – це травми, інфекції, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ/СНІД, підліткова вагітність, нездорові форми поведінки підлітків, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин та алкоголю, раціоном харчування, недостатньою фізичною активністю, а також психічні розлади. За роки незалежності показник захворюваності підлітків зріс в 1,8 раза, в т. ч. на хвороби органів крові – в 6 разів, сечостатевої системи – в 3,5 раза, нервової системи – у 2 рази. Все це вимагає розробки заходів щодо формування здорового способу життя, раннього виявлення та попередження проблем психічного здоров'я, захисту від ризикових форм поведінки, включаючи зловживання курінням, алкоголем, наркотиками, захисту від пасивного куріння, експлуатації та найгірших форм дитячої праці, створення сприятливого середовища у сім'ї та суспільстві.

Насторожує той факт, що в 2011 році кількість дітей-інвалідів, госпіталізованих в ТОДККЛ, які потерпіли від аварії на Чорнобильській АЕС, зросла з 242 в 2010 році до 284 в 2011 році. У віковому аспекті найбільший відсоток дітей, госпіталізованих в обласну дитячу лікарню, припадає на вік до 1-го року (16,4 %) та після 15 років (17,7 %). У 2011 році в структурі госпіталізованих хворих перше місце займали захворювання органів дихання – 2985 (21,0 %); друге – хвороби органів травлення – 1790 (12,6 %); третє – трав-

ми та отруєння – 1786 (12,6 %); четверте – хвороби органа зору – 1223 (8,6 %). Збільшилась кількість хворих з уродженими вадами розвитку з 1097 (7,9 %) в 2010 році до 1174 (8,3 %) у 2011 році.

У 2011 році померла 51 дитина (показник летальності – 0,36), в 2010 році – (показник летальності – 0,34), з них 37 дітей (72,6 %) – у віці до 1-го року життя. Серед померлих переважали жителі сільської місцевості (31 – 60,8 %). У цій віковій групі зросла летальність дітей в ранньому неонатальному періоді з 1,60 у 2010 році до 1,99 в 2011 році. Має місце ріст летальності у віковій групі 7–14 років з 2 (4,3 %) до 6 (11,8 %).

У структурі лікарняної летальності провідне місце займають ВВР: 25 випадків (49 %) (у 2010 році – 11 випадків (21,6 %)), на II місці – перинатальні захворювання – 11 випадків (21,6 %), на III місці – хвороби системи кровообігу – 5 (9,8 %).

За 12 місяців 2011 року в області народилося 11 964 дітей, у 2010 – 11 872, померло 96 дітей до року, у попередньому році – 98, мертвонароджених – 65 (у 2010 – 59). Показник дитячої смертності становить 8,03.

В області ускладнилась епідемічна ситуація щодо захворюваності на туберкульоз як усіх форм його, так і бацилярних. Зросла кількість випадків захворюваності дітей та підлітків. Так, якщо протягом 10-ти місяців 2010 року захворіло на всі форми активного туберкульозу 475 осіб, то за аналогічний період 2011 року – 477, бацилярні форми туберкульозу в 2010 році були зафіксовані у 405 осіб, з них – у 3-х дітей, а в 2011 році – у 412, з них у 5 дітей. На 9 випадків зросла захворюваність на туберкульоз серед підлітків: 3 випадки у 2010 році, 12 – в 2011 році.

У дітей переважають позалегеневі форми туберкульозу: туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та туберкульоз шкіри. Найвищу захворюваність на туберкульоз спостерігали у Заліщицькому, Березанському, Підгаєцькому, Терехівському та Тернопільському районах. Серед хворих – 7 дітей, 5 підлітків. У віковій структурі захворюваності дітей на туберкульоз спостерігають помітне зростання відсотка дітей раннього віку з ускладненим перебігом хвороби та розвитком менінгіту, міліарного туберкульозу і казеозної пневмонії. Особливо це стосується дітей грудного віку, в котрих імунна система є недосконалою і не має ефективного захисту від туберкульозу. Значну кількість дітей, які захворіли на туберкульоз, становлять особи дошкільного віку. З року в рік зростає число померлих від туберкульозу дітей. Вмирають не лише діти раннього віку, які є найчутливішими до туберкульозної інфекції, а й діти старшого віку. Наукові дослідження показали, що обсяг і якість профілактичних заходів, в тому числі ранне виявлення туберкульозної інфекції та ефективність специфічної профілактики БЦЖ в Україні, особливо останніми роками, були недостатніми [3].

Вивчаючи причини несвоєчасного виявлення туберкульозу, встановлено недостатню настороженість педіатрів щодо цієї недуги, їх невідомість з питань раннього виявлення та діагностики хвороби. Не налагоджено співпрацю між педіатрами і фтизіатрами. Про це свідчить тривале (від одного місяця до 1,5 року) помилкове лікування дітей, хворих на туберкульоз, нерідко у кількох лікарнях з приводу інших хвороб.

Основними профілактичними заходами попередження цього захворювання є: вакцинація і ревакцинація; хіміопротекція; ізоляція дітей із мікобактеріального вогнища; оздоровлення дітей у дитячих колективах та сім'ях; санітарно-освітня робота серед населення; раннє виявлення туберкульозу; організація диспансерного спостереження: педіатром за дітьми груп ризику щодо туберкульозу; фтизіатром за дітьми, які живуть в умовах контакту з хворим на туберкульоз, інфікованими мікобактеріями туберкульозу (МБТ) та дітьми, хворими на туберкульоз; організація лікування хворих на туберкульоз дітей до їх одужання.

Протитуберкульозні заходи серед дітей здійснюються загальною медичною мережею, протитуберкульозною і санітарно-епідемічною службою.

Для раннього та своєчасного виявлення туберкульозу в умовах епідемії хвороби протитуберкульозні заходи слід спрямовувати у таких напрямках: серед здорового контингенту дітей; груп ризику, що знаходяться на диспансерному обліку в дитячих поліклініках; груп ризику, що спостерігаються в протитуберкульозному диспансері; контингентів, що є під наглядом фтизіатра у протитуберкульозному диспансері (виявлення загострень процесу). Дотримуючись розробленої методики організації протитуберкульозних заходів серед дітей в умовах епідемії туберкульозу, ефективність раннього виявлення туберкульозної інфекції підвищується у 2,8 раза. Запропонована методика у перспективі підвищить настороженість педіатрів щодо цього захворювання.

У структурі алергічних захворювань дитячого віку бронхіальна астма (БА) займає одне з провідних місць. Це пов'язано з щорічним ростом частоти захворюваності та тяжчанням перебігу цієї хвороби. Згідно з результатами багатоцентрових епідеміологічних досліджень, в розвинених країнах поширеність БА сягає 8 % серед дорослого і 15 % серед дитячого населення. В Україні проблема ускладнюється гіподіагностикою астми на етапах роботи лікарів загальної практики і педіатрів. У результаті цього багато хворих не отримує своєчасного та адекватного лікування. Це призводить до ранньої інвалідизації і навіть смертності. "Глобальна ініціатива по бронхіальній астмі" (Global Initiative For Asthma, GINA), прийнята ВООЗ і визнана урядами багатьох країн, в тому числі Україною, визначає бронхіальну астму як проблему світового масштабу і пропонує регулярно поновлювати рекомендації щодо діагностики та лікування цього захворювання, розроблені провідними спеціалістами світу.

В жовтні 2006 року GINA опублікувала керівництво щодо менеджменту і профілактики бронхіальної астми в новій редакції.

Атопічний дерматит у 1,7 раза частіше зустрічається в дітей з районів із підвищеним вмістом нітратів та важких металів у ґрунті. Різносторонній вплив екопатологічних чинників на гомеостаз при алергічних захворюваннях вимагає ретельного вивчення патогенетичних механізмів та відповідної корекції.

На сьогодні практично все населення України терпить йододефіцит. Більшість наших регіонів має недостатній вміст йоду в ґрунті, воді, продуктах харчування. В цих ендемічних щодо йоду регіонах проживає 4/5 населення країни. Йодна недостатність є найпоширенішою в світі причиною церебральних порушень, затримки розумового та фізичного розвитку. Неприятливу роль у розвитку дефіциту йоду відіграє низьке споживання морської риби, морепродуктів, багатих на йод, м'яса, молочних продуктів. Негативною є і відсутність масової йодної профілактики. Діти, народжені в ендемічних щодо йоду регіонах, мають в середньому на 10 % нижчий коефіцієнт інтелектуальних здібностей, порівняно з тими, які народилися в звичайних регіонах (ЮНІСЕФ). 120 країн визнали, що дефіцит йоду – це серйозна проблема, яка гальмує нормальний розвиток суспільства.

Ще однією важливою медичною проблемою є дефіцит заліза. Практично кожна 10 дитина в Україні народжується з проявами гіпоксії як результат кисневого голодування. У 70 % новонароджених від матерів з анемією виявляються перинатальні ураження нервової та серцево-судинної систем гіпоксично-ішемічного ґенезу, порушення гемо-ліквородинаміки, імунної системи, метаболічної адаптації, різні дезадаптаційні синдроми.

ВИСНОВКИ 1. Виявлені негативні тенденції у здоров'ї дітей різних вікових груп Тернопільської області, пов'язані з впливом екопатогенних, біологічних, медико-організаційних та соціально-детермінованих чинників.

2. Головним напрямком у вивченні патології дитячого віку повинно стати виявлення дітей з підвищеним ризиком для здоров'я.

3. Педіатричній службі області слід систематично проводити аналіз патології з екологічно несприятливих районів.

4. Науковцям області доцільно розробити скринінгові методи діагностики ранніх проявів екопатології в дітей, патогенетично обґрунтувати, розробляти та впроваджувати ефективні методи профілактики і лікування патологічних станів дитячого віку.

5. При розробці принципів лікування та профілактики дитячих хвороб необхідно враховувати, насамперед, психосоматичну суть патології та екосоціальні чинники формування захворювання.

6. Посилити санітарно-просвітню роботу серед населення щодо необхідності проведення профілактичних щеплень з метою попередження небезпечних інфекційних захворювань у дітей.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Концепція Державної програми "Здорова дитина" на 2008 – 2017 рр. // Здоров'я України. – 2007. – № 17. – С. 17.
2. Проект Розпорядження Кабінету Міністрів України "Про схвалення Концепції Державної програми "Здорова дитина" на 2008–2017 рр.//www.health-ua.com.
3. Розвиток людського потенціалу та його вплив на соціально-економічний розвиток України//old.niss.gov.ua/Monitor/November/5.htm.

Отримано 19.07.12