

Н.Б. Зелінська, Н.Г. Руденко*, С.І. Осташко*

СТАН НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УКРАЇНІ 2009 РОКУ

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
*Міністерство охорони здоров'я України, Київ

КАДРИ ТА ШТАТИ ДИТЯЧОЇ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Спеціалізовану ендокринологічну медичну допомогу дітям у системі Міністерства охорони здоров'я України 2009 року надавали 245 фахівців із дитячої ендокринології, що склало 0,03 на 1000 дитячого населення 0–17 років включно.

Найнижчою забезпеченість дитячими ендокринологами залишалася в Миколаївській (0,01), Харківській (0,01) і Черкаській (0,01) областях, що є незадовільною обставиною і вимагає уваги керівників системи охорони здоров'я областей. Найвищий рівень забезпеченості дитячими ендокринологами у м. Києві (0,09), що обумовлено наявністю у місті низки спеціалізованих медичних установ, не підпорядкованих ГУОЗ м. Києва, в яких працюють дитячі ендокринолози.

Крім закладів системи МОЗ України, значна кількість дитячих ендокринологів надають високоспеціалізовану допомогу дітям з ендокринною патологією у дитячих ендокринологічних відділеннях закладів АМН України: Інституті ОЗДП (м. Харків), Інституті ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка (м. Київ), Інституті радіаційної медицини (м. Київ). Також проводять лікувальну роботу з дитячої ендокринології фахівці кафедр ендокринології (або педіатрії) медичних університетів.

Протягом останніх років прогресивно збільшувалася кількість дитячих ендокринологів, які мають атестаційну категорію, — від 67,3% 2005 року до 72,7% 2009 року, причому збільшення відбувалося за рахунок вищої кваліфікаційної категорії (рис. 1). 2009 року її мали 78 лікарів, першу — 54, другу — 46.

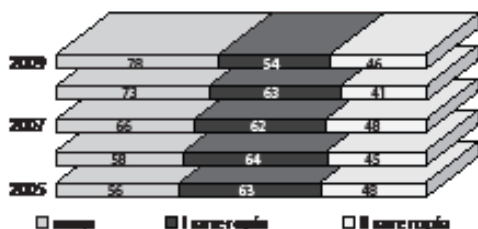


Рис. 1. Кількість дитячих ендокринологів, які мають кваліфікаційні категорії.

Найменшою кількістю атестованих дитячих ендокринологів була у таких областях: Черкаська — 0% (єдиний дитячий ендокринолог, який працює в області на посаді, не має кваліфікаційної категорії з дитячої ендокринології, а лікар-сумісник на 0,5 посади має 2-у категорію), Київська — 36,4% (атестовано 4 з 11 лікарів), Чернівецька — 37,5% (3 з 8 лікарів), Волинська — 40% (2 з 5 лікарів), Полтавська — 42,9% (3 з 7 лікарів), Вінницька та Хмельницька — по 50% (3 з 6 лікарів). Найбільшу частку лікарів, які мають категорію (100%) відзначено у Житомирській, Івано-Франківській (по 7 лікарів), Кіровоградській (4 лікарі), Миколаївській (2 лікарі) областях, м. Севастополь (лише 1 лікар), а також у Чернігівській — 87,5% (7 з 8 лікарів), Тернопільській області — 83,3% (5 з 6 лікарів) і в АР Крим — 83,3% (15 з 18 лікарів).

У цілому у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, укомплектованість штатних посад дитячими ендокринологами досить висока і 2009 року складала 88,26%. Причому 84,9% дитячих ендокринологів працювало в обласних дитячих лікарнях, 71,3% — у ЦРЛ, 86,9% — у поліклініках. Отже, більшість дитячих ендокринологів концентрується у дитячих поліклініках і дитячих обласних лікарнях, що забезпечує вчасне виявлення ендокринних порушень у дітей і кваліфікований підхід до діагностики та лікування цих порушень.

На кінець 2009 року у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, різниця між штатними посадами та основними працівниками збільшилася і досягла 82,75 посади проти 79,75 посади 2008 року і 77,75 посади 2007 року.

Найбільшою різниця між штатними посадами та основними працівниками була у Київській області (10,00), м. Києві (9,50), Вінницькій (8,00), Донецькій (7,75) та Дніпропетровській (5,25) областях, що вимагає звернути увагу на укомплектованість фахівцями на місцях.

ПОШИРЕНІСТЬ І ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ХВОРОБИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ДІТЕЙ

Поширеність хвороб ендокринної системи, розладів харчування у дітей 0–17 років включно має тенденцію до скорочення (рис. 2) і 2009 року склала 95,14 на 1000 дитячого населення проти 97,57 2008 року, з них вперше вияв-

лених захворювань було зареєстровано 22,38 проти 22,27 на 1000 дитячого населення відповідно. Таке зростання захворюваності відзначено вперше за останні 5 років (рис. 3). Найбільшою поширеність хвороб ендокринної системи була у Київській (215,37 на 1000 дітей віком 0–17 років включно), Рівненській (226,15) і Волинській (259,58) областях, найменшою — в м. Севастополь (12,08), Херсонській (33,88), Запорізькій (34,07) та Одеській (34,16) областях. Захворюваність була найвищою у Вінницькій (38,1 на 1000 дитячого населення), Івано-Франківській (41,24), Рівненській (61,7) областях, найменшою — в м. Севастополь (6,31) і Запорізькій (10,3) області.

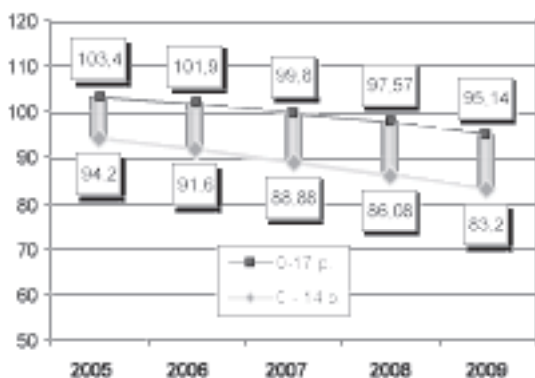


Рис. 2. Рівень поширеності ендокринної патології серед дітей України (на 1000 населення відповідного віку).

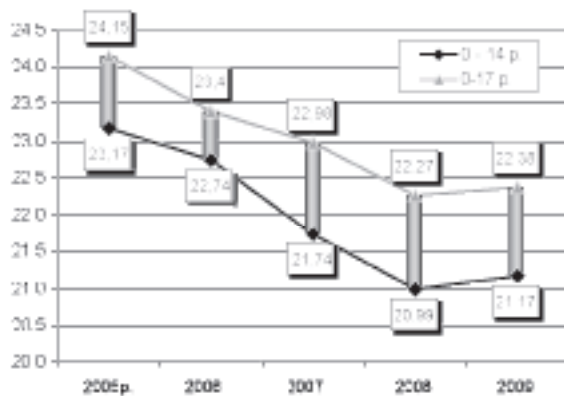


Рис. 3. Рівень захворюваності на ендокринну патологію серед дітей України (на 1000 населення відповідного віку).

2009 року хвороби ендокринної системи у структурі всіх захворювань посіли 4-е місце (табл. 1). У структурі всіх зареєстрованих хвороб ендокринної системи (поширеність), як і попередніми роками, перше місце належить дифузному зобу I ступеня (57,04%), друге — ожирінню (13,22%) і третє — дифузному зобу II–III ступенів (4,11%). Інша патологія реєструється з частотою, меншою від одного відсотка: цукровий діабет (0,98%), тиреоїдити (0,76%), гіпотиреоз (0,35%), вузловий зоб (0,29%), тиреотоксикоз (0,06%), поопераційний гіпотиреоз (0,02%).

Таблиця 1

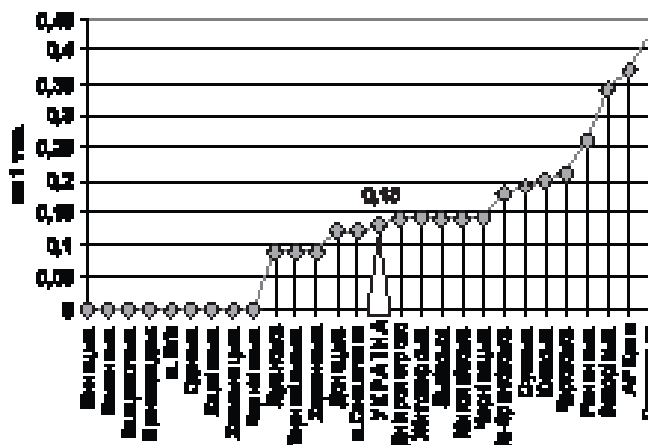
Структура класів хвороб у дітей 0–17 років включно в Україні 2009 року

Класи хвороб	Поширеність	Захворюваність
Усього хвороб	100,00	100,00
хвороби органів дихання	50,53 — 1-е місце	65,58 — 1-е місце
хвороби органів травлення	7,57 — 2-е місце	3,82
хвороби ока та придаткового апарату	5,29 — 3-є місце	3,34
хвороби ендокринної системи	4,91 — 4-е місце	1,61
хвороби шкіри	4,42	5,29 — 2-е місце
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3,24	3,86 — 3-є місце

У структурі хвороб ендокринної системи, зареєстрованих вперше (захворюваність), як і попередніми роками, перше місце належить дифузному зобу I ступеня (42,48%), друге — ожирінню (13,99%), і на третьому місці стоїть дифузний зоб II–III ступенів (2,90%). Інші хвороби щитоподібної залози (гіпотиреоз — 0,29%, вузловий зоб — 0,36%, тиреотоксикоз — 0,06%, тиреоїдит — 0,74%, поопераційний гіпотиреоз — 0,02%) і цукровий діабет (0,55%) реєструються в межах менше від одного відсотка.

Поширеність дифузного зоба серед дітей різних регіонів України значно варіює (іноді — у десятки разів), у т.ч. між областями, розташованими в аналогічних клімато-географічних умовах (табл. 2), наприклад, Київська обл. і м. Київ, АР Крим і м. Севастополь, Київська і Житомирська обл., Волинська і Львівська обл. тощо.

Протягом останніх 5 років в Україні проводиться скринінг на вроджений гіпотиреоз. За його результата-



Поширеність дифузного зоба серед дітей різного віку (на 1000 населення) 2009 року

Адміністративні території	Дифузний зоб I ступеня			Дифузний зоб II–III ступеня		
	0–17 років	0–14 років	15–17 років	0–17 років	0–14 років	15–17 років
Україна	54,27	47,25	80,84	3,91	2,59	8,88
АР Крим	61,38	47,15	117,46	1,73	1,12	4,13
Вінницька	65,22	55,8	101,22	2,23	1,17	6,29
Волинська	221,99	225,89	205,47	5,46	4,67	8,78
Дніпропетровська	22,92	18,38	39,88	3,86	2,5	8,97
Донецька	11,45	8,05	23,96	0,59	0,29	1,69
Житомирська	75,83	65,42	115,49	4,33	2,44	11,55
Закарпатська	59,95	53,83	84,83	5,8	3,82	13,85
Запорізька	8,17	6,26	15,2	0,73	0,46	1,71
Івано-Франківська	99	93,25	121,28	1,11	0,77	2,39
Київська	160,15	140,44	236,7	20,95	15,42	42,43
Кіровоградська	30,02	24,74	49,23	1,56	1,08	3,34
Луганська	10,55	6,96	23,05	2,18	1,2	5,59
Львівська	113,56	104,81	146,49	2,76	1,19	8,67
Миколаївська	10,5	8,06	19,72	0,79	0,51	1,86
Одеська	5,84	4,39	11,47	1,41	1,15	2,43
Полтавська	11,77	7,67	26,43	0,88	0,53	2,15
Рівненська	171,06	147,35	272,53	16,34	10,51	41,29
Сумська	32,34	18,79	80,81	3,96	2,45	9,38
Тернопільська	46,38	39,35	73,05	4,49	2,78	10,97
Харківська	17,22	10,95	39,77	2,72	1,67	6,47
Херсонська	5,23	4,46	8,14	1,05	0,75	2,19
Хмельницька	58,87	50,97	88,77	2,97	1,83	7,28
Черкаська	33,2	29	48,35	7,96	6,07	14,73
Чернівецька	60,45	53,16	89,12	6,71	4,92	13,77
Чернігівська	105,68	79,86	200,09	4,93	3,11	11,55
м. Київ	31,28	21,61	68,93	3,06	1,69	8,37
м. Севастополь	6,41	4,62	13,84	0,05	0	0,26

ми, частота нових випадків захворювання склала 0,13 на 1000 дітей до 1 року зі значними коливаннями у різних регіонах України (рис. 4). Разом із тим, ефективність скринінгу в деяких регіонах виявилася недостатньою внаслідок або нерегулярності поставок тест-систем (в Івано-Франківській області, де не проведено скринінг у 1027 новонароджених, у м. Севастополь), або хибно негативних результатів скринінгу та діагностики хвороби за клінічними ознаками з наступним гормональним обстеженням (Чернівецька, Тернопільська, Львівська області), або відсутності чи невчасності інформування батьків дітей щодо виявленого під час скринінгу гіпотиреозу (Київська, Рівненська області). Отже, за 2009 рік було виявлено 6 випадків пізно діагностованого гіпотиреозу, у т.ч. 2 випадки у віці 4 і 5 років (у Херсонській і Луганській областях відповідно).

На початок 2010 року в Україні зареєстровано 7666 дітей 0–17 років, хворих на цукровий діабет, або 9,4 на 10 000 відповідного населення (рис. 5). Щороку кількість дітей із діабетом зменшується. Це пов'язано із загальним скороченням дитячого населення в Україні. Разом із тим, поширеність діабету серед дітей щороку зростає, надто швидкими темпами — у дітей до 6 років. Протягом останніх 5 років відзначено тенденцію до поступового зменшення захворюваності на цукровий діабет серед підлітків 15–17 років (рис. 6) з одночасним зростанням захворюваності серед дітей до 6 років — від 0,65 на 10 000 2005 року до 1,0 2009 року.

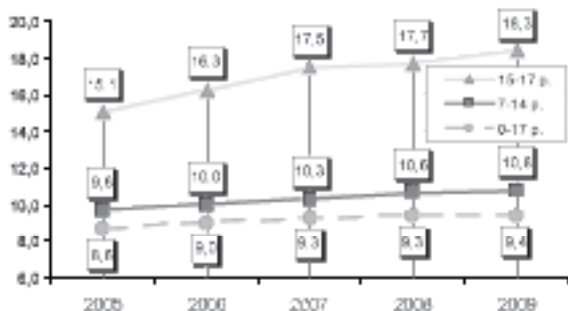


Рис. 5. Динаміка поширеності цукрового діабету серед дітей різного віку (на 10 000 населення).

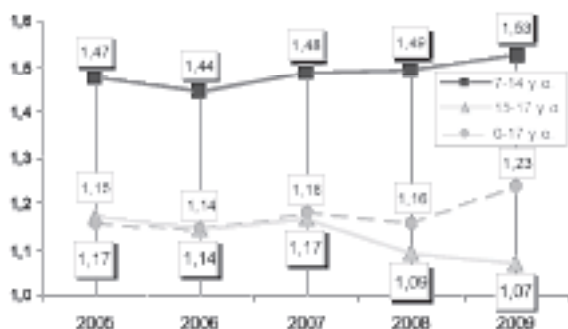


Рис. 6. Динаміка захворюваності на цукровий діабет серед дітей різного віку (на 10 000 населення).

Аналізуючи статистичні дані щодо поширеності хвороб ендокринної системи серед дітей віком до 14 років, слід зазначити, що найвищий рівень її спостерігався у віковій групі 7–14 років (124,1 на 1000 дитячого населення відповідного віку), проти 37,6 у групі 0–6 років, перевищуючи відповідний рівень поширеності серед усіх дітей 0–14 років включно (83,2). Структура поширеності хвороб ендокринної системи у дітей окремих вікових груп була аналогічною: на першому місці — дифузний зоб I ступеня, на другому — ожиріння, третє місце належить дифузному зобу II–III ступенів, четверте місце — цукровому діабету.

Поширеність хвороб ендокринної системи за місцем проживання дітей 0–17 років включно значно відрізняється. Якщо у цілому по Україні поширеність хвороб ендокринної системи серед сільських мешканців значно перевищує таку серед міських жителів (112,90 проти 85,13), то у міських дітей частіше реєструються такі нозологічні форми, як гіпотиреоз, вузловий зоб, тиреотоксикоз, тиреоїдит (табл. 3).

Незадовільною є діагностика патології росту, статевого розвитку та ожиріння майже в усіх регіонах України внаслідок недостатньої уваги лікарів первинної ланки та педіатрів до цієї проблеми, відсутності проведення щорічних антропометричних вимірів дітей, аналізу що-

Таблиця 3

Поширеність хвороб ендокринної системи серед дітей 0–17 років включно за місцем проживання (на 1000 дитячого населення) 2009 року

Хвороби	Місто	Село
Усі хвороби ендокринної системи	85,13	112,90
Дифузний зоб I ступеня	43,91	72,65
Дифузний зоб II–III ступенів	3,59	4,47
Набутий і вроджений гіпотиреоз	0,40	0,23
Вузловий зоб	0,30	0,24
Тиреотоксикоз	0,07	0,04
Тиреоїдит	0,91	0,39
Цукровий діабет	1,10	0,65
Ожиріння	11,69	14,15
Поопераційний гіпотиреоз	0,02	0,01

річної динаміки росту, маси тіла та статевого розвитку. Це є частою причиною пізньої діагностики патології, насамперед ожиріння, гіпофізарного нанизму, синдрому Шерешевського-Тернара і, як наслідок, зниження ефективності лікування та розвитку незворотних, інвалідизуючих змін в організмі дітей. Крім того, часто незадо-

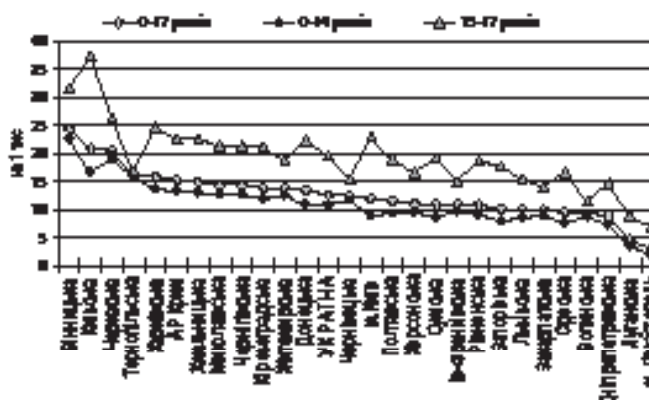


Рис. 7. Поширеність ожиріння серед дітей різного віку в регіонах України (на 1000 населення) 2009 року.

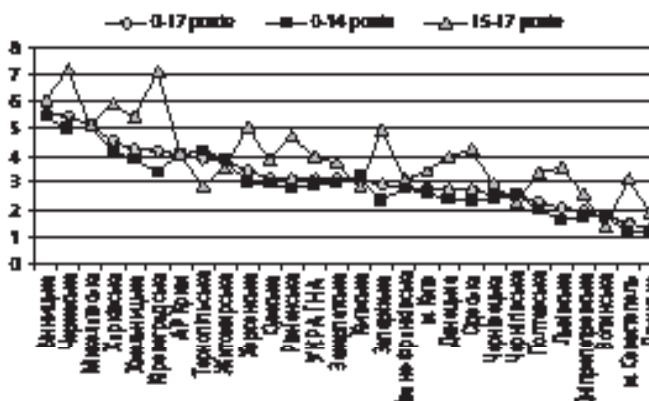


Рис. 8. Захворюваність на ожиріння серед дітей різного віку в регіонах України (на 1000 населення) 2009 року.

вільною є верифікація діагнозів: без використання сучасних діагностичних можливостей, у невідповідності до затверджених МОЗ Протоколів. Свідченням цього є низька частота ожиріння у дітей, що складає у середньому в Україні 12,58 на 1000 дитячого населення 0–17 років включно (1,26%), що значно нижче, ніж у більшості країн Європи, де цей показник коливається в межах 10–15%, більше — серед підлітків. В Україні ліпше виявляють дитяче ожиріння у Вінницькій, Київській, Черкаській областях, найменше зареєстровано дітей з ожирінням у Луганській, Дніпропетровській областях та м. Севастополь (рис. 7, 8). Традиційно найбільшою є поширеність цієї патології у дітей 15–17 років у Київській, Вінницькій, Черкаській областях. Частіше реєструють нові випадки ожиріння серед дітей Вінницької, Черкаської та Миколаївської областей, найменше — Луганської, Волинської областей та м. Севастополя.

ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ЕНДОКРИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Одним із важливих показників, що характеризують медичну допомогу дітям із хворобами ендокринної системи, є рівень і повнота охоплення хворих диспансерним спостереженням. У середньому в Україні рівень диспансеризації дітей із хворобами ендокринної системи 2009 року склав 66,09 на 1000 дитячого населення віком 0–17 років включно проти 66,29 2008 року. Про якість диспансерного спостереження дітей із захворюваннями ендокринної системи свідчить повнота і вчасність діагностичних і лікувально-оздоровчих заходів згідно з відповідними Протоколами. Якість диспансерного спостереження з року в рік погіршується і є незадовільною. Насамперед це стосується хворих із вузловими формами зоба, з цукровим діабетом (відсутні повноцінні огляди дітей суміжними фахівцями — невропатологами, офтальмологами, які часто не обізнані з сучасними критеріями діагностики та лікування ускладнень цукрового діабету; у багатьох регіонах відсутня можливість регулярного визначення глікованого гемоглобіну — критерію адекватності лікування, та мікроальбумінурії — одного з діагностичних критеріїв діабетичної нефропатії).

ІНВАЛІДНІСТЬ

Рівень первинної інвалідності серед дітей залишається стабільним протягом останніх років і складає 0,17 на 1000 дитячого населення. Рівень загальної інвалідності поступово зростає.

Найвищий рівень інвалідності 2009 року було зареєстровано серед дітей віком 15–17 років (1,95 на 1000 відповідного населення), дещо менший — серед дітей віком 7–14 років (1,51), 3–6 років (0,95) і дітей до 3 років життя (0,41).

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Загальну кількість дитячих ендокринологічних ліжок у системі Міністерства охорони здоров'я України було скорочено, і 2009 року вона складала 606 ліжок проти 632 2008 року. Так, в АР Крим це число зменшилося з 40 до 30 ліжок у міській дитячій лікарні м. Сімферополь, але воно все ж таки залишається надмірним і обумовлює необґрунтовані госпіталізації дітей із патологією, що не вимагає стаціонарного лікування, заради виконання плану ліжко-днів; було скорочено 10 ліжок у міській дитячій лікарні м. Донецька, 5 ліжок у Кіровоградській і 1 — у Чернігівській обласних дитячих лікарнях. Забезпеченість ендокринологічними ліжками дитячого населення 2009 року склала 0,74 на 10 000 дітей віком 0–17 років включно порівняно з 0,76 2008 року. Звертає на себе увагу низька забезпеченість 2009 року (як і попередніми роками) дитячими ендокринологічними ліжками у Житомирській (0,19 на 10 000 дитячого населення у віці 0–17 років включно) та Луганській (0,28) областях.

Найбільша кількість дитячих ендокринологічних ліжок входить до ліжкового фонду обласних дитячих лікарень — 364 ліжка (60,1%), у 7 дитячих міських лікарнях розгорнуто 161 ліжко (26,6%), в ендокринологічних диспансерах — 53 ліжка (8,8%), і в 2 міських і 1 обласній лікарні для дорослих розміщено відповідно 18 (3,0%) і 10 (1,7%) ліжок.

Слід зазначити, що чисельність ліжок у дитячих обласних лікарнях до 2008 року збільшувалася (з 354 2006 року до 370 2008 року), 2009 року їх кількість зменшилася до 364 ліжок.

Для забезпечення належної доступності та якості надання спеціалізованої ендокринологічної допомоги слід розширяти можливості повноцінного амбулаторного, передгоспітального обстеження дітей з ендокринною патологією.

Одними з найважливіших показників роботи стаціонару є ті, що характеризують використання ліжкового фонду: середнє число днів роботи ліжка за рік, середній обіг ліжка, середня тривалість перебування хворого на ліжку тощо. Середнє число днів зайнятості дитячих ендокринологічних ліжок 2009 року в Україні склало 304,6 проти 316,9 2008 року. Найвищим показник зайнятості дитячих ендокринологічних ліжок був в АР Крим (345,77), Полтавській (345,71), Вінницькій (345,50) і Луганській (345,20) областях. Найменшу кількість днів були зайняті ендокринологічні ліжка у Волинській (190,70), Рівненській (277,44), Львівській (228,12) областях, містах Київ (236,41) і Севастополь (242,25), Одеській (267,20) області.

Подібною є картина і щодо середнього перебування хворого на дитячому ендокринологічному ліжку — 11,88 дня 2009 року проти 11,97 2008 року. Найвищим середній ліжко-день був у Дніпропетровській (17,14),

Запорізькій (16,61), Львівській (15,17) областях; найнижчим — у Миколаївській (7,57), Волинській (8,15) областях, м. Севастополь (8,50) і Кіровоградській (8,85) області.

Обіг ліжка, який дає уявлення про середнє число хворих, які можуть пройти лікування протягом року на одному ліжку, 2009 року складав 25,65 проти 26,48 2008 року. Найвищим обіг ліжка був у Миколаївській (41,30) і Кіровоградській (38,42) областях, найменшим — у Львівській (15,04) області, м. Києві (18,49), Дніпропетровській (20,07), Запорізькій (20,23) і Рівненській (20,89) областях.

Слід зазначити, що продовжується практика госпіталізації дітей з ендокринною патологією, яка не вимагає стаціонарної допомоги, а обстеження може проводитися в амбулаторних умовах. Такі випадки можна розцінювати як недотримання Протоколів (Наказ МОЗ №254 від 27.04.2006 р.), в яких визначено показання до госпіталізації дітей із різною ендокринною патологією. Це стосується насамперед дифузного зоба, автоімунного тиреоїдиту тощо.

Крім того, незрозумілою є значна тривалість лікування дітей із дифузним зобом II–III ступеня, яка, наприклад, у Дніпропетровській області складає 15,64 дня, в АР Крим — 13,48, у Тернопільській області — 12,93, Львівській — 12,57 і Черкаській — 12,33 дня.

Госпітальна летальність хворих на цукровий діабет дітей віком 0–17 років 2009 року склала 0,02 на 100 госпіталізованих проти 0,05 2008 року. Померли внаслідок цукрового діабету 2 дітей: у Донецькій і Чернігівській областях. Причиною смерті був діабетичний кетоацидоз, що ускладнився набряком мозку. Основними причинами, що призводили до розвитку діабетичного кетоаци-

дозу, були відсутність адекватного лікування діабету та приєднання тяжкого інфекційного захворювання.

ПРОТОКОЛИ

2009 року Наказом МОЗ №55 від 3.02.2009 р. було затверджено нові Протоколи з надання медичної допомоги дітям із синдромом Прадера-Віллі, Рассела-Сільвера, оновлений протокол щодо синдрому Шерешевського-Тернера, а також нові нормативи оцінки зросту, індексу маси тіла дітей (згідно з рекомендаціями ВООЗ 2007 р.).

Протягом року діти, хворі на гіпофізарний нанізм, забезпечувалися за кошти Державного бюджету препаратами гормону росту, що дозволило проводити адекватне лікування і поліпшити якість життя цих хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Статистичний довідник дитячого ендокринолога за 2009 рік* (Головний ред. Митник З.М.). — Київ, 2010. — 101 с.
2. *Зелінська Н.Б.* Стан надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2008 році / Зелінська Н.Б., Руденко Н.Г., Осташко С.І. // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2009. — Т.5, №23. — С. 96–103.
3. *Довідник дитячого ендокринолога за 2008 рік* (Головний ред. Лазоришинець В.В.). — Київ, 2009. — 99 с.
4. *Зелінська Н.Б.* Стан надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2006 р. / Зелінська Н.Б., Руденко Н.Г. // Міжнародний Ендокринологічний Журнал. — 2007. — № 3(9). — С 10–16.

Дата надходження до редакції 17.05.2010 р.