

Кафедра соціальної медицини  
та організації охорони здоров'я

**Методична розробка для лікарів – інтернів за фахом  
«Педіатрія»**

**ТЕМА: Захворюваність та смертність дітей різних вікових груп. Шляхи зниження дитячої смертності.**

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8**

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин**

**Актуальність теми:** В комплексі медичних показників здоров'я захворюваність посідає особливе місце. Її медико-соціальне значення визначається тим, що саме захворювання є основною причиною смерті дитячого населення.

### ЗНАТИ:

- вплив екологічних факторів, соціально-економічного стану та психологічного оточення на здоров'я дитини;
- інноваційні технології в наданні медичної допомоги підліткам;
- створення центрів (клінік), дружніх до молоді (КДМ). Політику КДМ;

- синдром раптової смерті;
- принципи роботи педіатричних бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- шляхи зниження дитячої смертності.

### ВМІТИ:

- розраховувати показники захворюваності та смертності дитячого населення;
- використовувати інноваційні технології в наданні медичної допомоги дітям;
- організувати роботу педіатричних бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- організовувати заходи, щодо зниження дитячої смертності.

# **Зміст**

## **теми заняття**

Захворюваність відображає ступінь пристосованості популяції до умов середовища, а структура захворюваності — питому вагу кожного захворювання в їхній загальній кількості.

Знання захворюваності та її структури, причин захворювань, умов середовища, через які ці три причини виникають, дає людині потужний інструмент захисту своєї популяції й кожної конкретної особи від впливу несприятливих факторів середовища.

Захворюваність — явище не випадкове. Приблизно на 50 % вона зумовлюється способом життя кожної окремої людини. Шкідливі звички, неправильне харчування, недостатнє фізичне навантаження, самотність, стреси, порушення режимів праці та відпочинку сприяють розвитку хвороб. Захворюваність на 40 % залежить від спадковості та екологічних умов — клімату, стану геосфер, рівня забрудненості довкілля й приблизно на 10 % визначається сучасним рівнем медичної допомоги.

Показники загальної захворюваності дають змогу оцінити рівні захворювань, виявлених і зареєстрованих у амбулаторно-поліклінічних закладах протягом календарного року.

Загальна захворюваність вивчається на основі поточної реєстрації усіх первинних звертань хворих.

Первинним звертанням при хронічних захворюваннях вважається перше звертання в даному році.

Діагнози хронічних захворювань реєструються лише один раз протягом року.

Інформація облікових документів є основою для складання "Звіту про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу" (ф. № 12).

Розрізняють такі основні показники загальної захворюваності:

**первинна захворюваність** - рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання;

**загальна захворюваність, або поширеність захворювань** - рівень усіх зареєстрованих захворювань за календарний рік: гострих і хронічних (зареєстрованих при першому звертанні в поточному році, а виявлених як в поточному, так і в попередні роки);

**структура первинної та загальної захворюваності населення.**

Ці показники розраховуються так:

*Первинна захворюваність* — це співвідношення кількості захворювань, які зареєстровані вперше в даному році (всі гострі + вперше виявлені хронічні захворювання)  $\times 1000$  до середньорічної чисельності населення.

*Загальна захворюваність* (поширеність усіх зареєстрованих захворювань) — це співвідношення кількості усіх зареєстрованих протягом

( + , ,  
) 1000 .  
 \ •  
 -  
(  
) 100 , , ( )  
:  
- ( ),  
,  
, ; 31 -  
; N -  
.

1100 1500 , 1000 ,  
, 600-800 %.  
,  
55 %  
.

:  
, , ,  
 . , ,  
 XX  
 320 .  
 2004 ,  
 280 .  
, ,  
, ,  
 .  
 .  
,  
( ). , ,  
 , - , ,

народжуваності, не є постійною, а змінюється залежно від умов середовища і стану самої популяції.

Виділяють значною мірою ідеальну величину – мінімальну смертність. Це постійна величина, що характеризує загибель особин в ідеальних умовах, при яких популяція не зазнає лімітуючих впливів. Максимальна тривалість життя особин у цих оптимальних умовах дорівнює її фізіологічній тривалості, яка в середньому значно перевищує екологічну тривалість життя. Часто значний інтерес являє собою не смертність, а виживання. Якщо кількість загиблих особин становить  $M$ , то виживання дорівнює  $1-M$ .

*Коефіцієнт смертності* – це відношення кількості смертей певно від віку за рік до середньорічної кількості осіб даного віку. Коефіцієнти смертності чоловіків і жінок помітно відрізняються. Але є загальна закономірність: коефіцієнт смертності чоловіків у будь-якій країні світу суттєво вищий, ніж коефіцієнт смертності жінок. Хлопчиків народжується дещо більше, ніж дівчаток, але вже з вікової групи 17 – 18 років коефіцієнт смертності у чоловіків починає переважати коефіцієнт смертності у жінок.. Найвищий показник смертності у віковій групі 25 – 29 років: на 100 померлих жінок припадає 330 померлих чоловіків.

Коефіцієнт смертності вираховують за формулою:

Де  $K_c$  – коефіцієнт смертності, тобто кількість померлих за рік на 1000 населення,  $C$  – кількість померлих за рік,  $N$  – середньорічна чисельність населення.

Коефіцієнт смертності (на 1000 осіб)

Отже, вперше за багато десятиліть природний приріст населення України став від'ємним, тобто смертність перевищує народжуваність. Причинами цього є екологічна криза, що сталася через неправильну експлуатацію великої кількості «брудних» підприємств, а також радіаційне забруднення в результаті чорнобильської катастрофи. На природний приріст населення впливає також економічна криза – наслідок соціалістичного способу виробництва.

Головна причина перевищення смертності над народжуваністю криється в підриві життєвої сили українського народу внаслідок винищення найздоровішої, найжиттєздатнішої частини нації під час голодоморів, воєн і репресій.

Сьогодні найгострішою проблемою в нашому суспільстві є стан здоров'я населення, в тому числі і дитячого.

Відомо, що в тій же мірі, в якій демократія є прелюдією людського розвитку, здорові діти – у повному розумінні цього слова – є основою для розвитку країни.

Незважаючи на те, що питома вага суто медичних проблем у формуванні здоров'я особи, за даними ВООЗ, складає не більше 10-12 %, медичні аспекти збереження здоров'я в ранньому дитячому віці мають

значно більший вплив, ніж у наступних вікових групах, оскільки дві третини причин, що формують стан здоров'я людини в майбутньому, зумовлені чинниками, які впливають саме в період вагітності, та на першому році життя дитини.

Характеризуючи стан здоров'я дітей по Україні за останні п'ять років, спираємось на окремі показники:

- смертність дітей першого року життя знизилась на 16,8 %;
- смертність дітей у віці 0-14 років знизилась на 18,5 %;
- захворюваність дітей 3 роки на 25 %;

Отже, зниження показників смертності на тлі росту захворюваності свідчить про адекватність організації медичної допомоги.

Для визначення пріоритетів в організації медичної допомоги як на догоспітальному, так і на госпітальному рівні, важливе значення має структура причин, які впливають на дитячу смертність, інвалідність та захворюваність.

Смертність дітей у віці до 15 років спричиняють переважно нещасні випадки, травми і отруєння, вроджені аномалії, хвороби нервової системи. Смертність дітей у віці до 1 року зумовлена у першу чергу перинатальними причинами та вродженими аномаліями.

### **Структура смертності дітей першого року життя по Україні.**

Отже, перше місце серед причин смерті дітей 1-го року займають стани, які виникли в перинатальному періоді (38%), друге – вроджені аномалії (32%), на третьому місці – нещасні випадки та хвороби органів дихання (7%).

По Україні показник інвалідності зріс на 21,4%.

Причин дитячої інвалідності по Україні на першому місці хвороби нервової системи, на другому – хвороби ока придаткового апарату, на третьому місці йдуть психічні розлади.

В Україні рівень смертності немовлят визначається за методикою, рекомендованою ВООЗ. Вона передбачає розрахунок показника окремо для дітей, що померли у віці до 1 року з покоління поточного та попередніх років, відносно відповідного числа дітей, що народилися живими в попередньому та поточному роках.

Формула розрахунку рівня смертності немовлят, за рекомендаціями ВООЗ, така:

*Рівень смертності немовлят* – це сума співвідношень числа померлих у віці до 1 року з покоління поточного року  $\times 1000$  до числа дітей, що народилися живими у поточному році та числа померлих у віці до 1 року з покоління минулого року  $\times 1000$  до числа дітей, що народилися живими у минулому році.

Окремо виділяють смертність у неонатальний, ранній неонатальний та постнатальний періоди життя дитини.

*Рівень ранньої неонатальної смертності* – це співвідношення числа померлих протягом перших 7 днів життя  $(168 \text{ год}) \times 1000$  до числа народжених живими в поточному році.

*Рівень неонатальної смертності* – це співвідношення числа померлих протягом перших повних 28 днів життя  $\times 1000$  до числа народжених живими в поточному році.

*Рівень постнатальної смертності* – це співвідношення числа померлих у віці від 29 днів до одного року  $\times 1000$  до різниці чисел народжених живими в поточному році та числа померлих на першому місяці життя.

Питома вага неонатальної смертності в загальній смертності немовлят у більшості країн становить 50-60 %.

Говорити про стійку тенденцію здоров'я немовлят поки що не можна. Тим паче, що співвідношення між неонатальною та постнатальною смертністю залишається ще більш несприятливим, ніж було у 1990р.

### **Структура захворюваності дітей першого року життя по Україні.**

На першому місці йдуть хвороби органів дихання – 47 %, на другому – стани, які виникли в перинатальному періоді – 18 %, на третьому – хвороби крові та кровотворних органів – 8,0 %.

Враховуючи, що найбільше проблем пов'язано з неонатальним періодом, відсоток померлих дітей на першому місяці життя у структурі дитячої смертності складає 55,7 %, у 90-х роках була сформована неонатальна служба.

Однак, наявності лише одних структур – неонатальних центрів – вкрай недостатньо. Потрібне також застосування сучасних медичних і організаційних технологій.

Існує ще одна надзвичайно актуальна проблема – *медична генетика*.

Спектр генетично обумовленої патології включає близько 3,5 тисяч нозологій, які в переважній більшості є несумісними з повноцінною життєдіяльністю людини і призводять до тяжкої інвалідності або загибелі.

70 % відомих спадкових захворювань зменшують репродуктивні можливості людини.

Генетичні, і зокрема хромосомні, дефекти є провідною причиною безпліддя, самовільних викиднів та виникнення природжених вад розвитку плода.

В останні роки зменшилась частота вроджених вад у новонароджених та смертність від них. Це результат більш уважного ставлення до діагностики плоду та перебіг вагітності. Дворазовим ультразвуковим скринінгом було охоплено понад 885 % вагітних, що дало змогу при виявленні патологій



проводити своєчасну допологову і післяпологову корекцію, а при несумісній з життям патологій – переривати вагітність. Якщо в 1994-95 роках природжені вали складали відповідно 42,6 на 10000 народжених живими, то в 2001 році – тільки 30,9.

Виходячи з вище сказаного, можна зробити слідуючі висновки.

Причинами, які привели до смерті по Україні найчастіше є стани, які виникли в перинатальному періоді, вроджені аномалії, нещасні випадки, травми та отруєння. Дитяча захворюваність та інвалідність по Україні має тенденцію до зростання.

На першому місці серед захворювань є захворювання органів дихання, на другому стани, які виникли в перинатальному періоді, а далі – хвороби крові і кровотворних органів.

Перше місце займають хвороби органів дихання, далі хвороби крові та кровотворних органів, хвороби ендокринної системи та хвороби органів травлення.

А за останні роки значно знизилась інфекційні та паразитарні захворювання, психічні захворювання, хвороби нервової системи та органів чуття, що є позитивним результатом на сьогоднішній день.

### **Загальна характеристика проблеми здоров'я дітей**

Однією з найгостріших соціальних проблем в Україні є стан здоров'я дітей. Незадовільний стан здоров'я у дитячому віці призводить до порушень здоров'я протягом усього життя людини, що створює соціальні та фінансові проблеми, негативно впливає на рівень соціально-економічного розвитку країни.

Стан здоров'я дітей в Україні є незадовільним у зв'язку із тенденцією до зростання захворюваності, поширеності хвороб та інвалідності. Процес депопуляції, що спостерігається в Україні починаючи з 1990 р., набув характеру демографічної кризи, в умовах якої збереження життя і здоров'я кожної дитини набирає надзвичайно важливого загальнодержавного значення. Україна, підписавши у складі 189 країн світу в 1989 р. Декларацію тисячоліття Організації Об'єднаних Націй (ООН), що декларує боротьбу з бідністю і розвиток людини як основу для досягнення стійкого соціального та економічного розвитку, зобов'язалася досягти до 2015 р. зниження смертності дітей віком до 5 років на дві третини порівняно з 1990 р. Програмним для країн світу став також підсумковий документ спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН у 2002 р. «Світ, сприятливий для дітей», яким прийнято план дій відносно створення світу, сприятливого для дітей, і визначено завдання щодо забезпечення права кожної дитини на життя та охорону здоров'я.

Національними стратегічними документами щодо реалізації державної політики стосовно дітей протягом останніх 10 років були Національна програма «Діти України», затверджена Указом Президента України від 18 січня 1996 р. № 63/96, та її продовження відповідно до Указу Президента



- невідповідністю сучасним потребам рівня оснащення медичним обладнанням та санітарним транспортом закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога дітям і матерям;
- недостатнім рівнем доступності до спеціалізованої медичної допомоги, насамперед дітей, які проживають у сільській місцевості;
- недостатньою інформованістю населення щодо здорового способу життя, раціонального харчування, профілактики інфекційних захворювань, у тому числі тих, що передаються статевим шляхом, збереження репродуктивного здоров'я тощо.

Основним інтегрованим показником, що відбиває стан здоров'я дітей віком до 1 року, є показник малюкової смертності, який використовується світовою громадськістю для визначення рівня соціально-економічного розвитку та ефективності діяльності системи охорони здоров'я у країні. Після 1990 р., коли в Україні було зареєстровано найнижчий рівень смертності дітей віком до 1 року (12,8 на 1000 народжених живими), відзначено зростання показника до 14,9 у 1993 р. з подальшим зниженням до 9,8 у 2006 р., але це дає змогу Україні зайняти лише 120-те рейтингове місце серед країн світу. Серед причин смертності дітей віком до 1 року 70% становлять причини, що залежать від стану здоров'я матері та доступності і якості медичної допомоги жінці під час вагітності, пологів та новонародженому; 16% – це нещасні випадки, травми та отруєння, хвороби органів дихання, інфекційні хвороби, яким у більшості випадків можна запобігти. Про низький рівень доступності до спеціалізованої медичної допомоги свідчить те, що серед усіх дітей, померлих у віці до 1 року, лише половина померла у відділеннях анестезіології та реанімації, 15% з них померло вдома без надання медичної допомоги, 11% – в умовах центральних районних лікарень, 17% – у пологових стаціонарах, більшість з яких не має умов для надання медичної допомоги дітям у критичному стані через відсутність обладнання та підготовлених спеціалістів. Це зумовлює необхідність здійснення заходів, спрямованих на регіоналізацію перинатальної допомоги, термінове вирішення питання щодо дефіциту кадрів, оснащення сучасним обладнанням закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога матерям і дітям, створення умов для транспортування дітей у критичному стані шляхом забезпечення спеціальним санітарним транспортом.

Крім медичних причин, на смертність дітей впливають і соціально-економічні фактори. Смертність дітей є чутливим показником нерівності та бідності.

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 їхньої інформованості щодо здорового способу життя, створення безпечного для дитини середовища.

Одним із важливих факторів, що впливає на формування здоров'я дитини, є харчування. За даними ВООЗ, у 50% випадків усіх смертей дітей віком до 5 років у світі виявлено негативні чинники щодо розладів харчування. Результати соціологічних досліджень в Україні показали, що питома вага виключно грудного вигодовування дітей віком до 6 місяців становить лише 6%. Це негативно впливає на стан здоров'я дитини на початку життя та в подальшому, сприяє зростанню захворюваності та призводить до збільшення витрат на охорону здоров'я. З огляду на це необхідно вжити заходів щодо створення та розширення мережі закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога дітям і матерям, які відповідають статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини», впровадження критеріїв оцінки фізичного розвитку дитини, рекомендованих ВООЗ. Потребує вирішення питання безоплатного забезпечення продуктами дитячого харчування дітей віком до 2 років із малозабезпечених сімей та віком до 3 років, які постраждали в результаті аварії на ЧАЕС. Надзвичайно важливою проблемою є забезпечення раціонального харчування дітей в організованих колективах, розв'язання якої потребує міжсекторального підходу.

Важливим чинником негативного впливу на стан здоров'я дітей є інфекційні хвороби, рівень захворюваності на які в останні роки не має тенденції до зниження, і у 2006 р. серед дітей віком до 18 років становив 54,25 проти 53,25 у 2003 р. на 1 тис. відповідного населення, зайнявши 7-ме місце в структурі захворюваності. Зростає захворюваність на вірусні гепатити, ВІЛ/СНІД, туберкульоз. У структурі смертності дітей віком до 1 року інфекційні хвороби займають четверте, а дітей віком до 14 років – п'яте місце. Ці причини смерті на сучасному етапі розвитку суспільства і медицини в розвинених країнах світу можуть бути попереджені. Найвища питома вага серед причин смертності від інфекційних хвороб належить гострим кишковим інфекціям та менінгококовій інфекції. Така ситуація вимагає впровадження принципів організації надання медичної допомоги дітям із діарейними хворобами, рекомендованих ВООЗ, що дасть змогу попередити більшість випадків смертності та зменшити фінансові витрати на необґрунтовану госпіталізацію: вивчення причин смертності дітей від менінгокової інфекції, обґрунтування показань щодо впровадження вакцинації проти цієї інфекції; запобігання ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в дітей шляхом підвищення інформованості населення щодо профілактики та ранньої діагностики, створення ефективної етапної системи надання медичної допомоги цим дітям; поліпшення матеріально-технічної бази

дитячих інфекційних лікарень, приведення до сучасних вимог оснащення відділень анестезіології цих закладів.

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 разу, в т. ч. на хвороби органів крові – в 6 разів, сечостатевої системи – в 3,5 разу, нервової системи – у 2 рази. З огляду на це необхідні заходи щодо формування здорового способу життя, раннього виявлення та попередження проблем психічного здоров'я, захисту від ризикових форм поведінки, включаючи зловживання тютюном, алкоголем, наркотиками, захисту від пасивного куріння, експлуатації та найгірших форм дитячої праці, створення сприятливого середовища у сім'ї та суспільстві.

Одним із дієвих заходів подолання зазначених проблем є створення мережі «Клінік, дружніх до молоді», які на сьогодні є лише у 9 регіонах. Потребують уваги питання підготовки спеціалістів у сфері освіти, медицини, правоохоронних органах щодо зміни підходів до роботи з підлітками. Продовжує зростати рівень інвалідності дітей, який становить 191,0 на 10 тис. дітей (у 2005 р. – 177,6). Чисельність дітей-інвалідів віком до 18 років в Україні станом на 01.01.2007 р. становить 168 128 (у 2005 р. – 162 101). Отже, серед дитячого населення України близько 1,9% мають статус дитини-інваліда, тоді як за даними Європейської академії з вивчення проблем дитячої інвалідності, для країн Центральної та Східної Європи і СНД «нормою» є 2,5%, і лише за умови досягнення цього рівня може бути подальша стабілізація чисельності дітей-інвалідів.

Зазначено, що чим вищий рівень соціально-економічного розвитку країни, тим вищий рівень дитячої інвалідності. Нижчий від зазначеного показник інвалідності може свідчити про низький рівень діагностики важкої патології у дітей та/або високий рівень перинатальної смертності або

смертності в перші місяці життя і причини є актуальними і для країни. Це свідчить про необхідність підвищення ефективності заходів щодо виявлення хвороб, які є причинами інвалідності дітей, у структурі причин якої провідні місця займають хвороби нервової системи, психічні розлади, вроджені вади розвитку, хвороби ока та придаткового апарату. Уповладження з 01.01.2007 р. порівняння реєстрації випадків народження та смертності дітей віком до року відповідно до критеріїв перинатального періоду згідно з рекомендаціями МОЗ та реалізація заходів щодо виживання новонароджених передбачає зростання чисельності дітей-інвалідів. Зазначена ситуація потребує впровадження заходів на основі визнання проблеми життя дітей-інвалідів не як медичної, а як соціальної, що відповідає сучасному визначенню цієї проблеми МОЗ. Це передбачає внесення змін до чинного законодавства відносно підходів до встановлення інвалідності, їх соціальної підтримки, розвиток мереж центрів медикосоціальної реабілітації, безоплатне забезпечення медикаментами, санаторно-курортним лікуванням.

низький рівень доступності до якісної первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги негативно впливає на раннє виявлення захворювань дітей, зумовлює високі показники смертності та збільшені витрати на охорону здоров'я. Найбільш гостро ця проблема стоїть перед дітьми, які проживають у сільській місцевості, про що свідчать нижчі показники їхньої захворюваності та вищі показники смертності порівняно з дітьми, які проживають у містах. З метою розв'язання цієї проблеми потрібні заходи, спрямовані на подолання дефіциту кадрів у сільських закладах охорони здоров'я шляхом забезпечення їх житлом, надання пільгових кредитів. Необхідно здійснити реструктуризацію дитячого лікувального фонду, забезпечити його раціональне використання, переоснастити дитячі заклади охорони здоров'я, розвивати денні стаціонари.

Одним з шляхів, що допоможе розв'язати комплекс причин, які призводять до незадовільного стану здоров'я дітей і підлітків, високого рівня їхньої смертності, є розробка та реалізація державної цільової програми здоров'я на 2008-2017 рр., яка має бути підготовлена з урахуванням заходів, передбачених Державними програмами «Продуктивне здоров'я нації» на 2008-2011 рр. та «Дитяча онкологія» на 2008-2010 рр.

Для розв'язання проблеми впровадженні необхідно передбачити заходи в частині досконалення нормативно-правової бази щодо охорони здоров'я дітей

підвищення освітнього рівня населення з метою створення безпечного середовища для дитини формування та збереження здоров'я забезпечення раціонального харчування дітей, ефективного оздоровлення

реструктуризації дитячого лікувального фонду відповідно до медичної потреби, удосконалення організації спеціалізованої екстреної

– удосконалення системи надання первинної медико-санітарної допомоги дітям в умовах розвитку сімейної медицини; регіоналізації перинатальної допомоги з метою підвищення рівня виживання новонароджених дітей;

– проведення освітніх кампаній з питань запобігання інфекційних захворювань у дітей, травматизму, насилля та жорстокого поводження з дітьми;

– удосконалення підготовки спеціалістів із метою поліпшення якості медичної допомоги дітям;

– подальшого впровадження сучасних підходів до надання медико-соціальної допомоги підліткам;

– поліпшення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога дітям; проведення наукових досліджень із пріоритетних питань охорони здоров'я дітей; удосконалення системи медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів, забезпечення їх санаторно-курортним лікуванням;

– формування та впровадження механізму забезпечення дорогими лікарськими засобами дітей-інвалідів та хворих на захворювання, що призводять до інвалідизації; доступність до спеціалізованої медичної допомоги.

Досягнення позитивних тенденцій щодо стану здоров'я дітей потребує здійснення розробки та реалізації Програми на основі принципів Європейської стратегії «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків», а саме: підходу з погляду повного життєвого циклу, що передбачає комплексне розв'язання проблем, пов'язаних із здоров'ям на всіх етапах розвитку дитини, та забезпечує формування критеріїв для прийняття рішення щодо пріоритетності заходів для кожного з цих періодів; забезпечення справедливості, що передбачає першочергове вирішення проблем малозабезпечених категорій дітей та дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах; міжсекторальної співпраці, основою якої є міжгалузевий підхід до розв'язання проблем охорони здоров'я дітей з урахуванням основних детермінант здоров'я; залучення громадськості, дітей та підлітків до розробки, реалізації та моніторингу виконання Програми. Стабілізація економічного розвитку України дасть змогу створити умови для реалізації заходів Програми.

Список використаної літератури:

**Тестові завдання:**

**1. Дільничному педіатру доручено провести аналіз смертності немовлят. Кого він повинен взяти за одиницю спостереження у вивченні цієї смертності?**

- A) дитину, яка померла на першому році життя**
- B) дитину, яка померла в перший місяць життя**
- C) дитину, яка померла на другому році**
- D) дитину, яка померла до 7-го дня життя**
- E) дитину, яка померла на 3-му році**

**2. В районі К. інтенсивно росте смертність немовлят. Для встановлення можливих причин цього росту ендо- і екзогенного характеру смертність немовлят аналізувалась в конкретних вікових періодах. Необхідно вказати ці періоди (період):**

- A) неонатальний і постнеонатальний**
- B) тільки неонатальний**
- C) тільки постнеонатальний**
- D) ранній неонатальний**
- E) ранній неонатальний і неонатальний**

**3. Одним з видів захворюваності є інфекційна захворюваність. На якому з нижченаведених документів реєструються ці захворювання?**

- A) екстрене повідомлення**
- B) статистичний талон для реєстрації заключного діагнозу**
- C) статистична карта пацієнта, що вибув із стаціонару**
- D) карта обліку щеплень**
- E) історія розвитку дитини**

**4. Вивчення захворюваності населення передбачає використання цих даних у практичній діяльності закладів охорони здоров'я. З якою метою використовують ці дані?**

- A) вивчення витрат на лікування одного хворого**
- B) вивчення витрат на гігієнічне виховання населення**
- C) оцінка рівня санітарної культури населення**
- D) планування медичних служб**
- E) оцінка стану здоров'я пацієнта**

**5. Зниження постнеонатальної смертності дітей пов'язано з удосконаленням якості медичної допомоги**



**новонародженим. Що з наведеного відноситься до цієї смертності?**

- А)до 7 днів**
- В)до 28 днів**
- С)від 28 днів до 1 року**
- Д)від 7 днів до 1 року**
- Е)до 1 року**

**6. Визначити, до якого виду статистичного показника відноситься показник поширеності травматизму серед дітей?**

- А)інтенсивного**
- В)екстенсивного**
- С)співвідношення**
- Д)наочності**
- Е)стандартизованого**

**7. Захворюваність населення вивчається різними методами. Що з нижченаведеного є методом для вивчення захворюваності?**

- А)звернення за медичною допомогою**
- В)перепис хворих**
- С)перепис населення**
- Д)антропометричні вимірювання**
- Е)подвірні обходи**

### Список використаної літератури:

1. Наказ МОЗ України від 19.09.2006р. № 630 «Про затвердження форми звітності про медичну допомогу дітям до 18 років та Інструкції щодо її заповнення».
2. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутілуc. – 2010. – 629с.
4. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
5. Наказ МОЗ України від 20. 03. 2008р № 149

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С.      Затверджено на засіданні кафедри  
«30» 08 2018 р.      Протокол № 2