

## Педіатрична галузь у період медичних реформ: надбання і проблемні питання

На етапі розбудови вітчизняної медицини одним із актуальних питань залишається реалізація медичних заходів високої якості, направлених на охорону здоров'я дитячого населення країни. Сучасним надбанням і проблемним питанням педіатричної служби був присвячений Науковий симпозіум з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної педіатрії», що проходив 14–15 березня 2013 р. у Києві.



Відкриваючи симпозіум, заступник директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги, начальник Управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України

**Альона Терещенко** підкреслила, що державна політика організації медичної допомоги дітям в Україні нині охоплює всі етапи дитячого розвитку. Протягом останніх 5 років фінансове забезпечення державних програм та централізованих заходів, спрямованих на охорону здоров'я дітей, збільшено у 3 рази і становить близько 1 млрд грн. З 2013 р. збільшено на 200% фінансування закупівлі ліків для дітей, що страждають на онкологічні захворювання, хворобу Гоше, потребують екстракорпорального гемодіалізу. У 2013 р. вперше здійснено закупівлю лікарських засобів для дітей, хворих на мукopolісахаридоз та аутизм. Планується додаткове фінансування на придбання імунобіологічних препаратів для дітей, що хворіють на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), на лікування дітей з орфаними захворюваннями, на ліки та витратні матеріали для перинатальних центрів (ПЦ) та створення мережі ПЦ II рівня. Останнє є першочерговим завданням в організації медичної допомоги новонародженим та дітям першого року життя. Так, в найближчі роки планується створення мережі як ПЦ II і III рівня, так і міжрайонних ПЦ. Крім того, МОЗ України готує до затвердження транспортний протокол для новонароджених, передбачено перегляд клінічних протоколів з реанімації новонароджених. Серед планів МОЗ України щодо організації медичної допомоги дітям дошкільного віку — затвердження клінічних протоколів догляду за здоровою дитиною віком до 3 років, лікування гемофілії та хвороби Віллебранда, стандарту з реабілітації дітей з органічним ураженням центральної нервової системи; впровадження в педіатричну практику стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, технології профілак-

тики; адаптація та впровадження кишенькового довідника зі стаціонарної допомоги дітям тощо.

З метою удосконалення організації медичної допомоги дітям з особливими потребами планується створення мережі центрів медичної реабілітації для дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, Центру соціальної педіатрії, міжсекторальної програми для дітей з епілепсією; впровадження комплексної допомоги дітям з орфаними захворюваннями.

Нині на етапі реформування знаходиться і система охорони здоров'я дітей шкільного віку: підготовлено до затвердження та впровадження міжвідомчу стратегію розвитку охорони здоров'я дітей шкільного віку в загальноосвітніх навчальних закладах (ЗОЗ), а також стандарти та критерії медичного обслуговування дітей у ЗОЗ. При цьому акцент буде зроблено на щорічних профілактичних оглядах школярів у ЗОЗ у присутності батьків, на раціональному харчуванні та фізичних навантаженнях, а також профілактичних програмах раннього виявлення вживання алкоголю та наркотиків серед школярів.



Про нормативно-правові аспекти діяльності педіатричної служби на етапі реформування галузі охорони здоров'я доповіла професор **Ніна Гойда**, проректор з лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Вона підкреслила, що успіх і темп реформи в охороні здоров'я залежать від обґрунтованості, виваженості й адаптованості до національних реалій кроків її здійснення; заінтересованості й погодженості дій органів влади всіх рівнів; підготовленості та вмотивованості керівників органів та закладів охорони здоров'я. На сьогодні можна стверджувати, що в Україні вироблена і реалізується чітка державна політика щодо охорони материнства і дитинства, збереження здоров'я дітей і жінок репродуктивного віку, яка базується на основних стратегічних міжнародних документах, законах, указах Президента України, постановах і розпорядженнях Ка-

бінету Міністрів України, галузевих нормативних документах. Усі зазначені документи мають наукове підґрунтя, однак потребують постійного доповнення відповідно до змін соціально-економічного розвитку країни, основних показників здоров'я та появи нових наукових даних.



Про практичне значення впровадження сформованого законодавчого підґрунтя у системі охорони здоров'я, зокрема, в педіатрії розповіла **Раїса Моїсеєнко**, завідувач кафедри дитячої невроло-

гії та медико-соціальної реабілітації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Аналізуючи кадровий стан педіатричної громади, вона акцентувала увагу на самовідданій праці лікарів пенсійного та передпенсійного віку (особливо у сільській місцевості), які становлять майже 40% служби, а також необхідності впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини задля ліквідації кадрового дефіциту. Такий перехід, безумовно, має супроводжуватися належною професійною підготовкою.

Р. Моїсеєнко нагадала, що за роки незалежності України з метою вдосконалення системи охорони материнства і дитинства створено низку нових педіатричних структур, таких як ПЦ; медико-генетичні консультації; центри планування сім'ї; лікарні, дружні до дитини, до молоді; центри репродуктивної медицини, кардіохірургії, первинної медико-санітарної допомоги, профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, медико-соціальної реабілітації дітей; хоспіси тощо. В усіх регіонах країни запроваджуються перинатальні, допоміжні репродуктивні технології, принципи грудного вигодовування, профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ. Здійснено перехід на реєстрацію малюкової смертності з 22-го тижня вагітності, введено нову галузеву статистику (матрицю BABIES), стандартизацію медичної допомоги, лікарські формуляри, методики скринінгу новонароджених на фенілкетонурію, гіпотиреоз, муковісцидоз, адреногенітальний синдром. Відбувається зміна порядку

медичного спостереження дітей раннього, дошкільного та шкільного віку із застосуванням інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, переходом на модель спостереження дитини лікарем-педіатром до досягнення 18 років із подальшим переведенням на модель сімейного лікаря, спостереження дітей та вагітних сімейним лікарем. Зaproваджено міжсекторальний інтегрований підхід, методики медико-педагогічного контролю у школах, реабілітаційна система «Тандем-партнерство». Затверджено календар профілактичних щеплень із розширенням кількості інфекцій для імунізації, застосуванням комбінованих вакцин та сучасними принципами моніторингу небажаних подій, пов'язаних з імунізацією.

Зміни надання медичної допомоги вагітним та розвиток перинатальної допомоги дозволили знизити захворюваність новонароджених із 78 до 22 на 100 нормальних пологів у 2003 та 2011 р. відповідно. Захворюваність на дитячий церебральний параліч знизилася у більше ніж 2 рази. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ дала змогу за 10 років знизити цей показник з 27 до 2,02% (станом на 2011 р.) за даними ДНК-діагностики за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції. Розвиток кардіохірургічної допомоги привів до зниження смертності дітей віком до 1 року від вроджених вад розвитку серцево-судинної системи з 534 до 315 у 2009 та 2011 р. відповідно.

Проте доповідач нагадала про відсутність реєстрації тріади Грегга (*Прим. ред.* — вроджена катаракта, глухота і вади розвитку серця як наслідок тератогенної дії вірусу — збудника краснухи в період вагітності). На жаль, неуважне ставлення лікарів до вакцинації взагалі і краснухи, зокрема, підвищує частоту серцевих вад у дітей.

Дослідження результатів вакцинації проти гемофільної інфекції показують зниження у 1,5 раза смертності дітей віком до 1 року від пневмонії, септицемії, менингококової інфекції за період 2007–2011 рр., в той час як кількість випадків медичних відведень від щеплення за цей період підвищилася у 2 рази. Це при тому, що в останні роки МОЗ України здійснює закупівлю лише найефективніших високовартісних вакцин.

Залишається проблемним питання щодо зниження смертності дітей віком

0–17 років від зовнішніх причин (травматизм, отруєння тощо), рівень якої серед інших причин смерті у 2011 р. становив біля 21%.

У цьому контексті важливе комплексне ставлення до здоров'я дитини, розробка ефективної системи соціальної профілактики та надання медичної допомоги дитячому населенню, оформлення життєвого простору з урахуванням стану здоров'я дитини чи підлітка.



Професор **Оли-завета Шунько**, завідувач кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Неонатологія», окремо розглянула питання організації медичної допомоги новонародженим. Вона зазначила, що за даними МОЗ України, біля 70% випадків смерті дітей віком до 1 року відбувається у неонатальний період (перші 28 днів). У структурі причин перинатальної смертності 72% становлять стани, що виникли в період вагітності та пологів, 22% — уроджені вади розвитку.

З метою зниження неонатальної та малюкової смертності в рамках реалізації Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства» передбачено покращання якості перинатальної допомоги шляхом її регіоналізації, що викладено у Практичних настановах «Національні засади впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні». Зокрема, планується створення трирівневої системи організації надання перинатальної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим в закладах медичної допомоги відповідно до рівня закладу з урахуванням материнського, фетального та неонатального ризику, регіональних особливостей, що максимально забезпечить своєчасність, доступність, ефективність та безпеку перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів. Така система включає:

- I рівень — спостереження вагітних із низьким перинатальним ризиком

без ускладнень вагітності акушерками на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарями загальної практики в сімейних амбулаторіях, ведення нормальних пологів.

- II рівень — медична допомога вагітним середнього перинатального ризику, ведення передчасних пологів у термін >34 тиж на базі акушерських відділень центральних районних лікарень з кількістю пологів >400 на рік, міських пологових будинків із кількістю пологів >1500 на рік та відділень інтенсивної терапії новонароджених.
- III рівень — медична допомога вагітним групи високого та вкрай високого перинатального ризику, ведення передчасних пологів у термін <32 тиж, інтенсивна терапія новонароджених, виходжування недоношених на базі обласних ПЦ, Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», центрів охорони здоров'я матері та дитини, обласних пологових будинків, обласних дитячих лікарень та обласних лікарень із наявністю спеціалізованих неонатологічних відділень.

Важливою складовою національної концепції створення ПЦ в Україні є система консультативно-катамнестичного спостереження за станом здоров'я та розвитком недоношених із дуже малою масою тіла та дітей із перинатальною патологією. На базі ПЦ, обласних дитячих лікарень створюються відділення (кабінети) консультативно-катамнестичного спостереження, до штату яких мають входити лікар-неонатолог, педіатр, дитячий невролог, психолог, фізіотерапевт, що володіє методами лікувального масажу, Войта-, Бобат-терапії, а також офтальмолог, логопед і соціальний працівник. Дитина має знаходитися під спостереженням зазначених лікарів протягом перших 2–3 років життя.

У ході симпозіуму було розглянуто різноманітні питання клінічної педіатрії, що стосувалися профілактики, діагностики та лікування респіраторних, серцево-судинних, аутоімунних та інфекційних захворювань, патології шлунково-кишкового тракту тощо.

Професор **Віталій Майданник**, завідувач кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік НАМН України за спеціальністю «Педіатрія», звернув увагу присутніх на досить поширену проблему у практиці лікаря-педіатра — лихоманку неясного генезу. Так, у педіатричній практиці спостерігають випадки підвищення температури тіла >38 °C тривалістю >2 тиж, причину якого не вдається встановити за допомогою рутинних лабораторних досліджень. Причинами тривалої лихоманки можуть бути онкологічні новоутворення, хвороба Кавасаки, синдром Маршалла (лихоманка, афтозний стоматит, фарингіт і шийний лімфаденіт). Серед

Професор **Віталій Майданник**, завідувач кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік НАМН України за спеціальністю «Педіатрія», звернув увагу присутніх на досить поширену проблему у практиці лікаря-педіатра — лихоманку неясного генезу. Так, у педіатричній практиці спостерігають випадки підвищення температури тіла >38 °C тривалістю >2 тиж, причину якого не вдається встановити за допомогою рутинних лабораторних досліджень. Причинами тривалої лихоманки можуть бути онкологічні новоутворення, хвороба Кавасаки, синдром Маршалла (лихоманка, афтозний стоматит, фарингіт і шийний лімфаденіт). Серед



підлітків є непоодинокі випадки штучної стимуляції лихоманки.



Актуальною стала доповідь професора **В'ячеслава Бережного**, завідувача кафедри педіатрії № 2 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія», щодо новітніх технологій лікування ревматичних захворювань у дітей. Доповідач підкреслив, що серед хронічних захворювань кістково-м'язової системи ювенільний ідіопатичний артрит є одним із найбільш поширених ревматичних захворювань. Патологія розвивається у віці до 16 років, має складний етіопатогенез та імуногенетичне походження, різний характер перебігу та неоднозначний прогноз. Після 3–5 років перебігу захворювання у 50–70% хворих розвивається інвалідність. Перспективи поліпшення прогнозу при ревматоїдному артриті безпосередньо пов'язані з початком адекватної базисної терапії. Якщо розпочати лікування на ранньому, додеструктивному, етапі, мінімальна тривалість якого становить близько 3 міс

(так зване вікно можливостей), ремісії вдається досягти у >50%, якщо пізніше — у <10% пацієнтів.

Сьогодні застосування біологічних агентів є новою сторінкою в розвитку ревматології, яку можна порівняти з відкриттям глюкокортикоїдів. Термін «біологічні препарати» застосовують щодо лікарських засобів, розроблених із використанням біотехнологій, що здійснюють цілеспрямоване (точкове) блокування ключових ланок запалення за допомогою антитіл або розчинних рецепторів до цитокінів та інших біологічно активних молекул.

Відповідно до наказу МОЗ України від 22.10.2012 р. № 832 «Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит», терапію імунобіологічними препаратами та її контроль доцільно проводити в умовах лікувальних закладів високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги. При цьому перевага надається установам, в яких є досвід застосування цих препаратів. Серед найважливіших небажаних явищ, що можуть супроводжувати лікування біологічними агентами, є інфузійні локальні реакції (некроз дерми), інфекційні ускладнення (туберкульоз). В. Бережний нагадав, що в Україні терапія хворих на ЮРА із застосуванням адалімуму проводиться з 2010 р. Протягом 2012 г. у Києві ним про-

ліковано 15 дітей. Нині 6 дітей проходять терапію тоцилізумабом.



Професор **Юрій Марушко**, завідувач кафедри педіатрії № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, акцентував увагу слухачів на передstadії жовчокам'яної

хвороби, що має велике поширення серед дитячого населення і проявляється у вигляді синдрому біліарного сладжу. За даними доповідача, одним із провокуючих чинників порушення фізико-колоїдного стану жовчі з формуванням біліарного сладжу в дітей може бути тривале застосування цефтріаксону у високих дозах. У цих випадках ефективність лікувальних заходів підвищується завдяки застосуванню урсодезоксихолевої кислоти.

У цілому науково-практичний симпозиум підтвердив, що запровадження сучасних підходів до профілактики, діагностики та лікування дитячих хвороб може суттєво вплинути на формування здоров'я майбутніх поколінь країни.

*Юлія Єрмолова,  
фото Сергія Бека*

## Реферативна інформація

### В Україні поліпшуються медико-демографічні показники



За даними МОЗ України, упродовж 2012 р. досягнуто позитивних змін в основних медико-демографічних показниках. Так, за минулий рік в Україні народилося на 18 тис. дітей більше, ніж у 2011 р. Загальна народжуваність становила 520,7 тис., а коефіцієнт народжуваності зріс з 11,0 до 11,4 на 1000 жителів. Максимальний рівень народжуваності був у Рівненській області — 15,9 на 1000 жителів, у п'ятірці лідерів Закарпатська (15,1), Волинська (14,8), Чернівецька (12,8) і Одеська (12,7) області. Найнижчий рівень народжуваності зареєстровано на Донеччині — 9,8, Сумщині — 9,7, Луганщині — 9,6, а також у Чернігівській області — 9,4 на 1000 жителів.

При цьому материнська смертність за 2012 р. знизилася в 1,3 раза порівняно з 2011 р. та у 1,9 раза — від рівня 2010 р. Малюкову смертність у 2012 р. знижено на 15% порівняно з 2011 р. Упродовж останніх років структура смертності дітей віком до 1 року не змінюється: більше половини випадків становлять стани, які виникають у перинатальний період.

У структурі причин материнської смертності протягом багатьох років на першому місці (понад 50%) — екстрагенітальна патологія та акушерські кровотечі. Понад 60% випадків материнської смерті пов'язані з суто акушерськими причинами (кровотеча, сепсис, емболія). Водночас частка випадків смертей жінок від причин, пов'язаних із ускладненнями внаслідок тяжкої екстрагенітальної патології, зменшилася

на 9%, проте майже вдвічі зросла кількість септичних ускладнень (з 10,8 до 23,1%), що потребує аналізу та вживання відповідних заходів.

З 2011 р. в Україні впроваджується Національний проект «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства» (<http://www.umj.com.ua/article/25399/>) зі створення мережі перинатальних центрів. Для підвищення доступності медичної допомоги матерям та дітям у рамках проекту продовжується реформування системи охорони здоров'я матерів і дітей шляхом регіоналізації акушерської допомоги та створення мережі перинатальних центрів II та III рівня. Упродовж 2012 р. відкрито 7 перинатальних центрів III рівня у Кіровоградській, Харківській, Донецькій, Дніпропетровській, Житомирській, Полтавській областях, у Автономній Республіці Крим. Найближчим часом запрацюють на повну потужність перинатальні центри в Рівненській, Луганській, Запорізькій та Хмельницькій областях. У 2013 р. будуть відкриті зазначені медичні заклади у Івано-Франківській, Львівській, Київській, Черкаській, Чернівецькій, Херсонській областях та місті Києві.

На фінансування Національного проекту у 2012 р. виділено 379,6 млн грн., що майже втричі більше, ніж у 2011 р. Важливою складовою є підтримка реалізації проектів за рахунок коштів місцевих бюджетів, які покривають 20–30% їх загальної вартості.

Є сподівання, що успішна реалізація Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства» і в майбутньому надасть змогу поліпшити якість і доступність висококваліфікованої перинатальної допомоги, що сприятиме зниженню материнської та малюкової захворюваності.

*Прес-служба «Українського медичного часопису»  
за матеріалами [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)*