

## Актуальные проблемы организации эффективной работы педиатрической службы в Украине

12–14 октября 2010 г. в Киеве состоялся XII Съезд педиатров Украины «Современные проблемы клинической педиатрии», организаторами которой выступили Национальная академия медицинских наук Украины, Министерство здравоохранения Украины, Ассоциация педиатров Украины, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины и Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца. Во время съезда проанализированы вопросы организации эффективной работы педиатрической службы, а также актуальные проблемы диагностики и фармакотерапии некоторых заболеваний детского возраста, рассмотрены конкретные клинические случаи.



**Райса Мостошвенко**, заместитель министра здравоохранения Украины, сообщила, что охрана материнства и детства является важной составляющей государственной политики в сфере здравоохранения. В этом контексте выделяются такие приоритетные направле-

ния:

- повышение рождаемости;
- обеспечение безопасности родов;
- снижение материнской и младенческой смертности;
- снижение уровня заболеваемости и инвалидности детей.

В системе оказания педиатрической и гинекологической медицинской помощи происходят структурные изменения, чему способствуют совместные усилия политики государства и ведущих специалистов здравоохранения. С 2001 г. отмечен подъем рождаемости, при этом увеличилось количество родов и уменьшилось количество аборт, что, безусловно, положительно повлияло на дальнейшее решение демографической проблемы в Украине. Такая позитивная тенденция сохраняется и по сей день — в 2009 г. в стране родились более 500 тыс. детей, а за 7 мес 2010 г. эта цифра составила более 280 тыс. Благодаря внедрению системы современных перинатальных технологий и повышению распространенности партнерских родов до 51% доля осложненных при родах уменьшена с 50 до 36,7%. За счет использования новейших перинатальных технологий удалось значительно снизить младенческую заболеваемость. 3 января 2007 г. в Украине утверждена новая программа регистрации младенческой смертности, которая действует в странах Европейского Союза соответственно с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В 2009 г. зарегистрировано снижение материнской смертности на 10,61%. За 7 мес 2010 г. умерли 2627 детей в возрасте

до 1 года, а за тот же период 2009 г. — 2853. Структура детской смертности остается стабильной, 1-е место занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальный период, 2-е — врожденные пороки развития, 3-е — внешние причины смерти. Острой проблемой является и высокая материнская смертность. Так, за 6 мес 2010 г. этот показатель составил 29,6 на 100 тыс. живорожденных детей. Основные причины материнской смертности — экстрагенитальная патология, кровотечения и тромбозы.

Немаловажными факторами, влияющими на здоровье детей, являются экологическая ситуация, качество пищи, наследственные заболевания, а также материальное благополучие семьи. Среднестатистический школьник зачастую имеет хронические заболевания как минимум двух систем (наиболее часто заболевания желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, а также снижение остроты зрения). Образ жизни также вносит свои коррективы. Характерной для современных школьников является гиподинамия, несбалансированное питание, вредные привычки, недостаточное пребывание на свежем воздухе. По данным социологических опросов, 60% родителей не знают, как проводит свободное время их ребенок.

На уровень заболеваемости в Украине также значительно повлияла широкомасштабная антивакцинальная кампания, что привело к снижению коллективного иммунитета против кори и полиомиелита до 70%. Такой показатель может угрожать вспышками этих заболеваний в некоторых группах населения в ближайшем будущем и эта перспектива диктует необходимость более тщательной работы педиатров по просвещению родителей о необходимости иммунизации и возможных последствиях отказа от нее. Отмечено, что за последние 2 года проведено достаточное количество симпозиумов и конференций, посвященных проблемам вакцинации в Украине и направленных на освещение важной роли иммунопрофилактики.



**Райса Моисеенко**, начальник главного управления здравоохранения и медицинского обеспечения г. Киева, в своем докладе остановилась на перспективах работы педиатрической службы с целью

предотвращения детской смертности в Украине. За последние несколько лет совместными усилиями удалось снизить уровень детской смертности, а также уменьшить количество детей с врожденными пороками развития благодаря внедрению ряда профилактических мероприятий в период беременности. Внедрение современных перинатальных технологий также способствовало снижению этого показателя, однако, их применение требует большего распространения, что подразумевает создание большого количества региональных перинатальных центров. Функционирование этих центров не только поможет решить проблему нехватки мест в роддомах, но и будет способствовать охвату квалифицированной медицинской помощью большего количества новорожденных и матерей, нуждающихся в ней. Это также подразумевает разделение оказания медицинской помощи на 3 уровнях:

- относительно здоровым женщинам без осложнений протекания беременности;
- беременным группы повышенного риска развития осложнений;
- беременным группы высокого риска.

Важными направлениями работы в борьбе с детской смертностью являются: предотвращение вертикальной передачи инфекций, увеличение количества вакцинированных детей, снижение уровня травматизма у детей как бытового, так и в учебных учреждениях, предотвращение насилия в семье, а также проведение регулярных профилактических осмотров в присутствии родителей. Еще одним весомым фактором обеспечения здоровья детей является повышение материального статуса семьи, поэтому государственная политика в отношении охраны здоровья детей должна быть также направлена как на борьбу с бедностью на-

селения, так и на расширение социальных программ поддержки молодых семей.



**Людмила Кавшина**, заведующая отделением медицинских проблем здорового ребенка и преморбидных состояний НИИ ПАГ НАМН Украины, выступила с докладом, посвященным проблеме

гиперактивности детей и подходам к ее коррекции. Синдром гиперактивности является актуальной проблемой невропедиатрии ввиду его высокой распространенности в детской популяции, а также большой социальной значимости. В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров создана классификация DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), которая предусматривает объединение случаев, описанных ранее как минимальная мозговая дисфункция, в «синдром дефицита внимания/гиперактивности». В зависимости от преобладания клинических симптомов в нем выделяют 3 варианта:

- синдромом дефицита внимания/гиперактивности с преобладающим нарушением внимания;
- синдром гиперактивности без дефицита внимания;
- синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность.

У ребенка наблюдаются симптомы дефицита внимания, если он:

- не обращает внимания на детали и допускает ошибки в работе;
- с трудом поддерживает внимание в работе и игре;
- не слушает то, что ему говорят;
- часто испытывает сложности в организации самостоятельной деятельности;
- отказывается от выполнения заданий, требующих длительного умственного напряжения;
- часто теряет вещи;
- легко отвлекается на посторонние раздражители;
- проявляет забывчивость в повседневных делах.

Симптомами гиперактивности являются:

- бесцельная гиперподвижность в ситуациях, когда это неприемлемо;
  - суетливые движения руками и ногами;
  - невозможность усидеть на месте во время урока или приема пищи;
  - неспособность тихо и спокойно играть;
  - речь без остановки.
- Ребенок импульсивен, если он:
- отвечает на вопрос, не задумываясь, не выслушав его;
  - с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях;
  - часто мешает окружающим, вмешивается в беседы и игры других.

Для установления диагноза необходимо наличие  $\geq 6$  симптомов, указывающих на дефицит внимания, а также  $\geq 6$  симптомов, характеризующих гиперактивность

и импульсивность, которые наблюдаются на протяжении не менее 6 мес в более чем 2 сферах жизни. Наиболее часто эти симптомы отчетливо проявляются у детей в возрасте 5–7 лет, причем у 6-летних детей более ярко, чем у 7-летних детей.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими состояниями, как посттравматическая энцефалопатия, неврозы, церебро-астенический синдром при соматических заболеваниях, состояниях, являющихся следствием нейроинфекции и др. Основными направлениями в лечении данного синдрома являются медицинское наблюдение и терапия соматических нарушений, тщательный осмотр неврологом в 3; 5 и 7 лет, индивидуальная нейропсихологическая реабилитация, холдинг-терапия, психотерапевтическое воздействие на ребенка и его семью, медикаментозная терапия (психостимуляторы, антидепрессанты, ноотропы, витамины, седативные препараты).



**Людмила Чернышова**, главный детский иммунолог Украины, сообщила, что острые кишечные инфекции в структуре детской заболеваемости занимают 3-е место, при отсутствии

медицинской помощи могут приводить к летальному исходу. Наиболее часто причиной развития острой диареи у детей в возрасте младше 5 лет является ротавирусная инфекция, вспышки которой характеризуются выраженной сезонностью. Отмечено, что первый и наиболее тяжелый эпизод инфицирования наблюдается обычно у детей в возрасте младше 1 года (50,3%), при этом повторная инфекция характеризуется более мягким течением. Опасность ротавирусной инфекции объясняется возможностью развития тяжелой дегидратирующей диареи. Специфического лечения ротавирусной инфекции на сегодняшний день не существует, поэтому особое значение придается ее профилактике, и особенно вакцинации. В 2007 г. ВОЗ рекомендовала ввести рутинную иммунизацию детей в тех регионах, где эффективность такой вакцинации доказана. Пероральная вакцина против ротавирусной инфекции применяется в Украине, в дальнейшем планируется ее имплементация в национальный календарь прививок.



**Сергей Крамарев**, главный детский инфекционист Министерства здравоохранения Украины, выступил с докладом о целесообразности массовой вакцинации против гепатита В.

Согласно статистическим данным, носи-

телями гепатита В являются 2,7% населения Украины, при этом положительные маркеры выявляют у 54,8% доноров крови, 24,3% — беременных, 17,8% — медицинских работников. Согласно данным других исследований, проведенных в Украине, маркеры вирусного гепатита В выявляются у 20,8% детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и около 90% — пациентов онкогематологических стационаров.

В структуре вирусных гепатитов у детей первого года жизни гепатит В преобладает (40%), менее распространен гепатит С (30%) и цитомегаловирусассоциированный гепатит (12%). В структуре заболеваемости острым гепатитом детей в возрасте до 14 лет гепатит В занимает 2-е место после гепатита А. Протекание острого гепатита В возможно в виде фульминантной формы (до 15%), выздоровление наблюдается в 30–40% случаев, переход в хроническую форму — в 2–12% случаев в зависимости от генотипа. При 90% случаев инфицирования развивается фиброз печени, независимо от течения заболевания. При хроническом гепатите В спонтанная сероконверсия отмечается относительно редко (<15%), цирроз печени — в 2–9%, и гепатокарцинома — в 3–5%. Вероятность развития хронической формы при инфицировании напрямую связана с возрастом ребенка — чем раньше ребенок инфицирован, тем выше вероятность перехода в хроническое течение. К примеру, при врожденном гепатите В это первично-хронический процесс (100%), при инфицировании на первом году жизни у 90% детей инфекция переходит в хроническую форму.

Опыт успешного применения вакцин против гепатита В свидетельствует о целесообразности такой массовой иммунопрофилактики. Преимущественным является применение поливалентных вакцин, что позволяет значительно уменьшить количество инъекций, антигенную нагрузку, риск развития поствакцинальных осложнений, а также существенно снизить затраты на вакцинацию. Отмечено, что при соблюдении схемы первичной вакцинации обеспечивается стойкий иммунитет, нет необходимости проведения ревакцинации.



**Елена Охотникова**, заведующая кафедрой педиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, рассказала о применении антибиотикотерапии у детей с бронхиальной астмой (БА).

Довольно часто у детей с данным заболеванием, кроме известной вирусассоциированной, отмечают бактериальную и грибковую сенсibilлизацию. Наиболее распространенными семействами грибов, играющих роль бытовых аллергенов, являются *Penicillium*, *Aspergillus*, *Alternaria*,

*Cladosporium* и *Candida*. Во время проведения исследований среди детей с БА на территории Украины выявлено, что наиболее часто сенсибилизация развивалась к таким грибам, как *Candida albicans*, *Penicillium sp.*, *Aspergillus sp.*, *Alternaria tenuis*. Высокие уровни антител выявляли также к таким патогенам, как *Streptococcus faecalis*, *St. pyogenes*, *Branhamella cathartalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. Причем, в острый период БА высеваемость основных аллергенов повышается в 1,5–5 раз, бóльшая высеваемость характерна как раз для грибковых аллергенов. Патогенность как бактериальных, так и грибковых агентов при БА связана с тем, что продолжительное разрушение реснитчатого эпителия провоцирует снижение активности ресничек и скопление вязкой мокроты в трахеобронхиальном дереве, что создает благоприятные условия для колонизации различными микроорганизмами. Все это способствует высвобождению большого количества медиаторов воспаления базофилами и тучными клетками, что приводит к усугублению протекания БА. Также отмечается неблагоприятное влияние микоплазм и хламидий на хронизацию течения БА у детей, эти агенты являются слабоиммуногенными и способны длительно персистировать в организме человека, вызывая при этом функциональные и морфологические изменения клеток. Негативная роль таких патогенных агентов проявляется не только в способности провоцировать обострения заболевания, но и в поддержании аллергического воспалительного процесса.

Согласно Всемирной инициативе по бронхиальной астме (Global Initiative for

Asthma,GINA, 2008) рекомендации по лечению пациентов с БА предполагают повышение доз ингаляционных кортикостероидов (ИКС) при обострении процесса, утяжелении его течения; подбор адекватных доз бронхолитиков для эффективного купирования приступа и усиления действия ИКС; применение муколитиков для улучшения дренажной функции бронхов, благодаря чему снижается интенсивность колонизации микроорганизмов. Иногда в острый период БА целесообразно проведение антибиотикотерапии, показаниями к ее проведению служат:

- тяжелый астматический приступ (астматический статус);
- вторичный катаральный гнойный эндобронхит или пневмония;
- стойкая гипертермия >3 сут;
- выявление большого количества патогенных микроорганизмов в бронхиальном секрете;
- наличие хронических очагов инфекции, с которыми связано обострение БА.

Проведение антибиотикотерапии у детей с БА имеет некоторые особенности, что связано с часто отмечаемой непереносимостью антибиотиков пенициллинового ряда, развитием поливалентной медикаментозной аллергии, наличием сопутствующих аллергических заболеваний, несовместимостью некоторых антибиотиков с препаратами базисной терапии. Из всего спектра антибактериальных препаратов применяют лишь цефалоспорины (с осторожностью ввиду наличия общего с пенициллинами бензольного кольца), защищенные пенициллины (редко), фторхинолоны и макролиды.

Елена Охотникова также подробно рассказала о рациональном применении антипиретиков в педиатрической практи-

ке. Умеренное повышение температуры тела при инфекционных заболеваниях способствует мобилизации защитных сил организма, при этом констатируется повышение активности неспецифических и специфических защитных механизмов. Особое значение при этом имеет выработка макрофагами естественных пирогенных факторов — интерлейкина-1 и -6. Неспецифическую защиту оказывают также белки острой фазы воспаления, высвобождающихся преимущественно из печени (С-реактивный белок, липополисахарид-связывающий белок, сывороточный амилоидный белок А,  $\alpha_1$ -антитрипсин).

Применение антипиретиков, а иногда и неотложная госпитализация оправданы при повышении температуры тела >38 °С, а также при появлении токсикоза (нарушение сознания, сонливость, раздражительность, гипервентиляция, цианоз). В группу риска развития осложнений в связи с лихорадкой входят дети:

- в возрасте <2 мес;
- с фебрильными судорогами в анамнезе;
- с заболеваниями ЦНС;
- с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- с нарушениями метаболизма.

Выбор антипиретика производится с учетом его жаропонижающего действия, возможных побочных реакций и противопоказаний. Современные рекомендации ВОЗ разрешают применение в педиатрической практике препаратов парацетамола и ибупрофена, при этом рекомендуется воздерживаться от применения анальгина и ацетилсалициловой кислоты.

*Мирoslava Подобрый,  
фото автора и Сергея Бега*

## Реферативна інформація

### На развитие преэклампсии влияет изменение массы тела между беременностями



Преэклампсия — форма позднего токсикоза беременных, которая проявляется артериальной гипертензией в сочетании с дисфункцией печени, почек, гематологическими и неврологическими нарушениями. Без применения адекватного лечения преэклампсия переходит в тяжелую фазу — эклампсию, которая сопровождается судорожным синдромом и может привести к смерти матери и ребенка. Поэтому прогнозирование развития преэклампсии является очень важным, особенно

для беременных группы риска.

Ученые из Американского университета акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists) провели исследование влияния изменения массы тела между беременностями на риск развития преэклампсии при повторной беременности. Для проведения исследова-

ния использовались данные 17 773 женщин, чья первая беременность осложнялась преэклампсией. Женщины были разделены на три группы: в 1-ю вошли женщины, индекс массы тела (ИМТ) которых снизился после беременности, во 2-ю — женщины с неизменным ИМТ, а в 3-ю — женщины, у которых ИМТ повысился. Основным результатом изменений ИМТ считалось проявление преэклампсии на протяжении второй беременности, скорректированные отношения рисков (ОР) и 95% доверительный интервал (ДИ) были подсчитаны с помощью регрессионного анализа Пуассона. В результате проведенного исследования выявлено, что частота развития преэклампсии у женщин, ИМТ которых снизился, составила 12,8% (ОР=0,70; ДИ 0,60–0,81) по сравнению с 14,8% — у женщин с неизменным ИМТ и 18,5% — у женщин с повысившимся ИМТ (ОР=1,29; ДИ 1,20–1,38). Из этого следует, что преэклампсия в период второй беременности реже развивается у женщин со снизившимся после первой беременности ИМТ. Поощрение врачами женщин с высоким ИМТ после беременности к уменьшению массы тела может помочь значительно снизить этот показатель и минимизировать риски здоровью женщин и детей.

*По материалам [www.journals.lww.com](http://www.journals.lww.com)  
© [Andres/Dreamstime.com/](http://Andres/Dreamstime.com/) [Dreamstock.ru](http://Dreamstock.ru)*