

Н.Г. Гойда¹, Г.І. Корицький²¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шутика, Київ²Комунальна установа Тернопільської обласної ради «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

Концепція реформування педіатричної служби в Тернопільській області

Мета дослідження — проведення оцінки якості надання медичної допомоги населенню Тернопільської області шляхом ретроспективного аналізу динаміки основних показників здоров'я — дитячої смертності, захворюваності, хворобливості та інвалідності — і обґрутування доцільності реформування педіатричної служби в регіоні з метою підвищення якості надання медичної допомоги дитячому населенню. Вивчено регіональні особливості надання медичної допомоги дітям з урахуванням переважання сільського населення в області. Результати дослідження свідчать про погіршення стану здоров'я дітей — щорічне зростання захворюваності на фоні суттєвого зменшення чисельності дитячого населення (на 60 848 осіб впродовж 5 останніх років). Розроблено проект Концепції реформування педіатричної служби області з акцентом на роботі первинного рівня надання медичної допомоги дітям та оптимізації вторинного і третинного рівнів.

Ключові слова: реформування педіатричної служби, організація надання педіатричної допомоги, загальна захворюваність, дитяча смертність.

Вступ

Здоров'я дитячого населення — один із найважливіших елементів економічного, соціального та культурного розвитку будь-якої країни. На сьогодні в Україні здоров'я дитячого населення, попри виконання низки програм, спрямованих на його збереження, погіршується. Все це відбувається на фоні несприятливої демографічної ситуації — частка дитячого населення віком до 16 років менша за частку дорослого населення старше 60 років (Майданник В.Г., 2006; Мойсеєнко Р.О. та співавт., 2010).

Факторами, які призводять до виникнення зазначених проблем, є економічні, екологічні та соціальні негаразди, їх вплив на дітей та підлітків, зниження ефективності проведення традиційних профілактических заходів, висока захворюваність та збільшення кількості соціально дезадаптованих дітей (Медведовська Н.В., 2010; Неділько В.П. та співавт., 2009; Антипін Ю.Г. та співавт., 2012).

Суттєве значення має кризова демографічна ситуація в Україні, від'ємний приріст населення в період з 1992–2010 рр. (зменшення чисельності населення з 52,056 млн осіб до 45,778 млн осіб) — втрачено понад 12% населення, у країні відсутнє відтворення поколінь впродовж десятиліть (Богатирьова Р.В. та співавт., 2012; Гойда Н.Г., Донець В.Є., 2012).

Мета роботи — проаналізувати особливості надання медичної допомоги дитячому населенню Тернопільської області та обґрутувати необхідність реформування педіатричної служби в регіоні з метою підвищення доступності та якості надання медичної допомоги дитячому населенню.

Об'єкти і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз надання педіатричної допомоги у лікувально-профілактических закладах об-

ласті за основними статистичними показниками функціонування педіатричної служби (дитяча смертність, захворюваність і хворобливість, чисельність дитячого населення та ін.). Оцінений ресурсний потенціал педіатричної служби, підтверджена доцільність її реформування.

Результати та їх обговорення

Тернопільська область як один з аграрних регіонів України на тлі загальнонаціональних проблем має свої особливості. Зокрема, в регіоні на фоні позитивної тенденції щодо збільшення народжуваності (рис. 1), зберігається від'ємний природний приріст. В області з року в рік зменшується кількість дитячого населення (рис. 2).

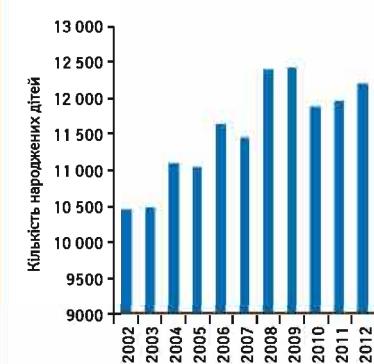
Негативні соціально-економічні та екологічні фактори, проблеми в організації системи охорони здоров'я спричиняють зниження рівня здоров'я дитячого населення, підвищення захворюваності, інвалідності (Антипін Ю.Г. та співавт., 2012; Войтенко В.П. та співавт., 2012). Так, в об-

ласті за останній час зросли показники хворобливості серед дитячого населення (з 1421,2 на 1 тис. дитячого населення у 2003 р. до 1811,85 на 1 тис. дитячого населення у 2012 р. серед дітей віком 0–17 років), водночас підвищилася захворюваність (з 934,58 на 1 тис. дитячого населення у 2003 р. до 1286,50 на 1 тис. дитячого населення у 2012 р.) (рис. 3).

Аналізуючи динаміку показників малюкової смертності в області, варто відзначити, що на фоні позитивної тенденції до їх зниження утримується значна питома вага померлих у період новонародженості як в ранній неонатальний (2002 р. — 34,8%; 2011 р. — 42,7%), так і в неонатальний (2002 р. — 59,8%; 2012 р. — 63,9%) періоди (таблиця). Основною причиною смерті дітей першого місяця життя є перинатальні чинники. Серед причин смерті дітей першого року життя важливу роль відіграє доступність та якість медичної допомоги (Гойда Н.Г., Донець В.Є., 2012).

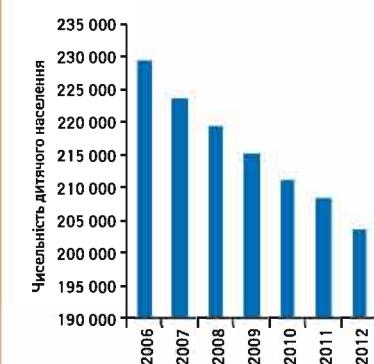
Про низький рівень доступності до спеціалізованої медичної допомоги свідчить про те, що серед усіх дітей, по-

Рис. 1



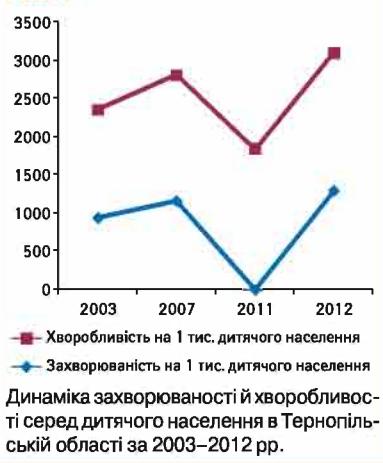
Динаміка чисельності народжених дітей в Тернопільській області за 2002–2012 рр.

Рис. 2



Чисельність дитячого населення Тернопільської області в динаміці

Рис. 3



мерлих у віці до 1 року, половина померли у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії лікарень, 11% — в умовах центральних районних лікарень, 17% — у пологодопоміжних стаціонарних закладах, у більшості з яких немає умов для надання медичної допомоги дітям у критичному стані через відсутність обладнання та підготовлених спеціалістів. 15% дітей взагалі померли вдома без надання медичної допомоги.

Сучасний стан надання медичної допомоги дітям різного віку, що проживають у сільській місцевості, потребує невідкладного вдосконалення — здійснення заходів, спрямованих на регіоналізацію медичної допомоги, термінового вирішення питання щодо подолання дефіциту кадрів, оснащення сучасним обладнанням закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога матерям і дітям, створення умов для транспортування дітей, які знаходяться у критичному стані, шляхом забезпечення закладів спеціальним санітарним транспортом.

З цією метою нами запропоновані основні напрямки проекту реформування педіатричної служби області, зважаючи на особливості регіону, переважання аграрного сектору, з акцентом на роботу первинного рівня надання медичної допомоги дітям та оптимізацію вторинного і третинного рівнів.

Проект Концепції надання педіатричної допомоги у лікувально-профілактичних закладах області:

Первинний рівень — медична допомога на первинному рівні надаватиметься

лікарями сімейної практики з належною педіатричною підготовкою, однак на переходних етапах реформування охорони здоров'я зберігатиметься і діюча мережа педіатричної служби. В умовах становлення сімейної медицини в області передбачається затвердити положення про лікаря-педіатра-консультанта — з розрахунком 1 посади педіатра-консультанта на 3–4 дільниці сімейного лікаря. На цьому рівні запропоновано вирішити питання соціального плану — створення умов для розвитку сирітських будинків сімейного типу в сільській місцевості.

Вторинний рівень — медична допомога дитячому населенню на вторинному рівні надаватиметься в умовах:

- **консультативно-діагностичного центру (КДЦ)** району на базі районної поліклініки, де працюють фахівці — **лікарі-педіатри**; функціонують військові бригади для профілактичних оглядів дітей у селах району та **денний стационар**, який включає палати для дітей (підготовка до малоінвазивних досліджень, продовження лікування в амбулаторних умовах) та кабінети профілактики для проведення періодичних медичних оглядів дітей, щеплювальні кабінети;
- **районної лікарні**, в якій має бути створене **відділення невідкладної медичної допомоги** на базі приймально-діагностичного відділення з окремими ліжками для дітей (відповідно до кількості дитячого населення, з підготовкою фахівця за спеціальністю «Дитяча реанімація та анестезіологія» та чітким виконанням положень транспортного протоколу) та **дитяче соматичне відділення** (для дітей віком від 1 міс до 17 років із неускладненим перебігом гострої соматичної патології та загостренням хронічних захворювань).

З метою забезпечення дитячого населення кваліфікованою медичною допомогою з раціональним використанням високовартісного діагностичного обладнання мають бути створені **міжтериторіальні госпітальні об'єднання — медичні округи** (на базі районних, центральних районних лікарень) із включенням педіатричних підрозділів для планового лікування пацієнтів дитячого віку (за винятком дітей неонатального періоду, які лікуватимуться в закладах III рівня педіатричної допомоги). Госпітальний округ включатиме

2–3 адміністративних райони з населенням до 100–150 тис. осіб. На I етапі в області пропонується створення 6 територіально-медичних округів: Кременецького, Бережанського, Чортківського, Борщівського, Тернопільського (сільські райони), Тернопільського (місто).

Медичні округи забезпечуватимуть дитяче населення спеціалізованою амбулаторною (консультативно-діагностичний центр (КДЦ) округу) та стаціонарною (окружна лікарня) медичною допомогою. Окружна лікарня включатиме **дитяче соматичне відділення** (для дітей віком від 1 міс до 17 років із неускладненим перебігом соматичної патології та загостренням хронічної) та **інфекційне відділення** — з виділенням окремих блоків і/або ліжок для обслуговування дитячого населення; **відділення реанімації та інтенсивної терапії** з урахуванням окремих ліжок для дітей (включаючи відповідну підготовку фахівця за спеціальністю «Дитяча анестезіологія та інтенсивна терапія», чітке виконання положень транспортного протоколу); **перинатальний центр II рівня** із необхідним оснащенням.

КДЦ округу забезпечуватиме надання спеціалізованої амбулаторної допомоги фахівцями педіатричної служби (лікарями-педіатрами, лікарями-спеціалістами — неонатологом, невропатологом, кардіологом, гастроентерологом, ендокринологом, інфекціоністом, ЛОР-лікарем, окулистом, хірургом, ортопедом, урологом, підлітковим гінекологом (незалежно від чисельності дитячого населення). Розрахунок штатних одиниць буде проводитися відповідно до штатних нормативів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України), а також функціонування військових бригад для профілактичних оглядів дітей у селах району.

Структура медичного округу включає **лікарню відновного лікування** з функціонуванням реабілітаційних центрів для дітей (зокрема в Заліщицькому, Кременецькому, Золотопотіцькому районах).

Вторинний рівень педіатричної допомоги дітям міста Тернополя забезпечуватиметься на рівні КДЦ, який створюватиметься на базі міської дитячої поліклініки, та стаціонарних відділень міської дитячої лікарні.

Третинний рівень — це високоспеціалізована педіатрична допомога, яка забезпечується поліклінічним відділенням та стаціонарним сектором Обласної дитячої клінічної лікарні (ОДКЛ), Обласним перинатальним центром «Маті і дитина» (Гойда Н.Г., Донець В.Є., 2012).

На базі багатопрофільної ОДКЛ планується реорганізація спеціалізованих педіатричних відділень у спеціалізовані центри (Ковальчук Л. Я. та співавт., 2012):

- **Неонатальний центр** — із відділеннями для недоношених дітей, патології новонароджених та інтенсивної терапії новонароджених, лабораторією з експрес-діагностики, війською неонатологічною бригадою.
- **Центр ранньої медико-соціальної реабілітації** — для дітей із патологією нервової системи та народжених з екс-

Таблиця

Порівняльний аналіз дитячої смертності в Україні та Тернопільській області за 2001–2012 рр.

Рік	Тернопільська область, %	Україна, %	Частка померлих у період новонародженості у структурі малюкової смертності (%) у Тернопільській області
2001	11,8	11,3	57,7
2002	10,9	10,3	59,8
2004	10,8	9,5	62,7
2005	8,9	9,9	71,4
2006	9,7	9,8	64,2
2007	8,2	11,0	64,3
2008	10,3	10,3	66,9
2009	7,4	9,4	63,4
2010	8,05	8,84	65,3
2011	8,03	9,0	62,5
2012	7,94	—	63,9

тремально малою масою тіла з метою диспансеризації, включаючи медичну та соціально-педагогічну реабілітацію з методами нейрореабілізації.

- **Центр дитячої неврології** — для дітей з ураженням нервової системи та порушеними психіки із включенням діагностичних та процедурних кабінетів.
- **Центр дитячої пульмонології-алергології** з відповідними процедурними кабінетами.
- **Центр дитячої кардіології/нефрології.**
- **Центр дитячої гастроентерології/ендокринології.**
- **Діагностичний центр** із функціональною, лабораторною, променевою діагностикою — ультразвуковим дослідженням, комп'ютерною томографією, мангнітно-резонансною томографією.
- **Центр дитячої гематології.**
- **Центр дитячої інфектології** з блоком інтенсивної терапії.
- **Центр спеціалізованої невідкладної допомоги**, включаючи приймальне, діагностично-боксоване відділення та відділення екстреної медичної допомоги.

Спеціалізований хірургічний центр — із центром дитячої хірургії (абдомінальної і торакальної хірургії, урологічним, нейрохірургічним, онкологічним відділеннями, відділеннями підліткової гінекології, хірургії новонароджених), центром дитячої отоларингології, хірургічної стоматології, центром дитячої травматології та ортопедії з травмпунктом і операційним блоком.

Центр інтенсивної терапії та дитячої анестезіології з виїзною педіатричною бригадою та експрес-лабораторією.

Навчально-ресурсний центр — для вивчення сучасних технологій у педіатричній практиці та сімейній медицині, навчанням за допомогою сучасних освітніх технологій.

Крім зазначених пропозицій, вважаємо за необхідне створення на базі університетської лікарні кардіохірургічного центру (із включенням дитячих палат), виділення палат для дітей у центрі гемодіалізу на базі Обласної клінічної лікарні, оскільки в області щорічно 3–4 дитини потребують цього виду лікування.

Надзвичайно важливим є підвищення рівня фахової підготовки у спеціалізованих лікувальних закладах Міністерства охорони здоров'я України, в Державній установі «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», Національний медичний академій післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, а також за кордоном. Вважаємо за доцільне також впровадження на базі ОДКЛ телемедичних технологій з метою покращання доступності якісної медичної допомоги дитячому населенню Тернопільщини.

Висновки

Таким чином, питання щодо реформування організації медичної допомоги дітям

є надзвичайно актуальним, зумовленим соціально-економічними змінами в Україні.

Аналіз важливих показників здоров'я дитячого населення, які водночас є індикаторами стану соціально-економічного розвитку регіону та держави в цілому, — дитячої смертності (зокрема її зниження), захворюваності, хворобливості, чисельності дитячого населення в динаміці — відображають позитивну роботу педіатричної служби регіону з одночасним погрішанням стану здоров'я дітей та молоді в Тернопільському регіоні, зменшенням чисельності дитячого населення.

Низький рівень доступності до якісної первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги негативно впливає на раннє виявлення та адекватне лікування дітей Тернопільської області, оскільки їх переважна більшість проживає у сільській місцевості.

Одним із резервів зниження дитячої та підліткової захворюваності є структурна перебудова системи надання медичної допомоги на користь первинної ланки щодо своєчасного виявлення патології. Тому організація медичної допомоги дітям в умовах реформування залишається першочерговим питанням щодо підвищення ефективності та якості лікувально-діагностичних заходів на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Реформа педіатричної служби в області має відбуватися поступово, з урахуванням важливості саме цієї ланки в загальній структурі охорони здоров'я регіону.

На первинному рівні створюватиметься система надання дітям доступної та високоякісної первинної допомоги з переважним впровадженням засад сімейної медицини, однак на переходному етапі надання медичної допомоги здійснюватиметься як лікарями загальної практики — сімейної медицини, так і лікарями-педіатрами дільничними. На цьому етапі підкреслюється роль педіатра як спеціаліста-консультанта на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги.

На вторинному рівні передбачається не лише збереження, а й створення за кладів охорони здоров'я для дітей (дитячі лікарні інтенсивного лікування, педіатричні відділення в лікарнях відновного лікування, а також педіатричні відділення у лікарнях планового лікування), де буде сконцентровано надання спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги дітям лікарями-спеціалістами. На цьому рівні відбудуватиметься надання спеціалізованої медичної допомоги дітям із хронічними захворюваннями, проводитимуться профілактичні медичні огляди дітей-школярів.

На третинному рівні передбачається збереження та розвиток багатопрофільної ОДКЛ, де надаватиметься високоспеціалізована медична допомога. Структурна перебудова проводитиметься шляхом створення спеціалізованих дитячих центрів.

Зважаючи на низку суттєвих недоліків в організації надання медичної допомоги — відсутності чіткого розмежування завдань

первинного, вторинного, третинного рівнів медико-санітарної допомоги, недостатнє забезпечення як для надання невідкладної, так і планової медичної допомоги діагностично-лікувальною медичною апаратурою і обладнанням, необхідно відзначити, що без подальшого реформування, реорганізації та вдосконалення педіатричної служби неможливо суттєво вплинути на стан здоров'я дитячого населення як регіону, так і України в цілому.

Список використаної літератури

Антипікін Ю.Г., Резниченко Ю.Г., Ярцева М.О. (2012) Вплив факторів навколошнього середовища на стан здоров'я дітей раннього віку. Перинатологія і педіатрія, 1 (49): 48–51.

Богатирьова Р.В., Линчак О.В., Тимченко О.І. (2012) Генетико-демографічні процеси серед населення України. Журнал НАМН України, 1(18): 81–91.

Войтенко В.П., Писарук А.В., Кошель Н.М., Ахаладзе М.Г. (2012) Україна в Європейському контексті: смертність від головних причин. «Проблемы старения и долголетия», 2(21): 191–210.

Гойда Н.Г., Донець В.Є. (2012) Актуальність створення перинатальних центрів в Україні. Здоров'я жінки, 4: 14–16.

Ковалчук Л.Я. Буртняк М.М., Шульгай А.Г. (2012) Концепція реформування охорони здоров'я Тернопільської області. Укрмедкнига, Тернопіль, 53 с.

Майданник В.Г. (2006) Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні. Здоров'я України, 19(1) (www.health-ua.org/archives/.../1406.html).

Мойсеєнко Р.О. Соколовська Я.І., Кульчицька Т.К. та ін. (2010) Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України. Соврем. педіатрія, 3(31): 13–17.

Медведовська Н.В. (2010) Сучасний стан здоров'я підлітків України. Соврем. педіатрія, 6(34): 14–16.

Неділько, В.П., Камінська Т.М., Руденко С.А. та ін. (2009) Стан фізичного здоров'я дітей шкільного віку та шляхи його підвищення. Перинатологія і педіатрія, 2(38): 72–74.

Концепция реформирования педиатрической службы в Тернопольской области

Н.Г. Гойда, Г.И. Корицкий

Резюме. Цель исследования — проведение оценки качества оказания медицинской помощи детскому населению Тернопольской области путем ретроспективного анализа динамики основных показателей здоровья — детской смертности, заболеваемости, болезненности и инвалидности — с обоснованием целесообразности реформирования педиатрической службы в регионе с целью повышения качества оказания медицинской помощи детскому населению. Изучены региональные особенности оказания медицинской помощи детям ввиду преобладания сельского населения в области. Результаты исследования свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья детей — ежегодном росте заболеваемости на фоне существенного уменьшения численности детского населения (на 60 848 человек в течение последних

5 лет). Разработан проект Концепции реформирования педиатрической службы области с акцентом на работе первичного уровня оказания медицинской помощи детям и оптимизации вторичного и третичного уровней.

Ключевые слова: реформирование педиатрической службы, организация оказания педиатрической помощи, общая заболеваемость, детская смертность.

Concept of children healthcare reorganisation in Ternopil region

N.G. Goyda, G.I. Korytsky

Summary. The aim of the study is to assess quality level of children health care in Ternopil region through retrospective analysis of the dynamics of the basic health indicators – infant mortality, total morbidity, disease prevalence, disability, children population tendencies and rationale for children healthcare reorganization in the region to improve the level of children healthcare care in Ternopil region. The regional peculiarities of care for children, given the predominance of the rural population in the region, was considered. The results of investigation indicate significant drop in children's health – annual children morbidity increase with the background of distinctive reduction of children population – total of 60 848 persons decreasing over the past five years. A draft of

children healthcare reorganisation in the region with emphasis on the primary care and improvement of secondary and tertiary levels has been represented.

Key words: children healthcare reorganisation, providing pediatric care, total morbidity, children mortality.

Адреса для листування:

Корицький Григорій Іванович
46023, Тернопіль,
вул. Академіка Сахарова, 2
КУТОР «Тернопільська обласна дитяча
клінічна лікарня»
E-mail: kutor.todkl@ukr.net

Одержано 25.06.2013

Реферативна інформація

Перший случай трансмісії птичого грипу H7N9 від людини до людини



Опубликован отчет о первом случае трансмиссии птичьего гриппа А (H7N9) от человека к человеку в Восточном Китае. Этот случай считают серьезным свидетельством возможного распространения вируса среди людей, однако авторы исследования подчеркивают, что способность вируса к самостоятельному распространению ограничена и не является устойчивой.

Птичий грипп А (H7N9) недавно идентифицирован в Восточном Китае. По состоянию на 30 июня 2013 г. зарегистрировано 133 случая заболевания с 43 летальными исходами.

В большинстве случаев у заболевших в эпидемиологическом анамнезе выявляли посещение живых птичьих рынков или близкий контакт с домашними птицами за 7–10 дней до начала заболевания. В настоящий момент отсутствуют данные, свидетельствующие об устойчивой трансмиссии вируса H7N9 от человека к человеку.

В отчете представлены данные о семейном кластере из 2 пациентов (отца и дочери), инфицированных вирусом H7N9 в Восточном Китае в марте 2013 г.

Первый пациент — 60-летний мужчина — систематически посещал живые птичий рынки и заболел спустя 5–6 дней после последнего посещения. Больной был госпитализирован в клинику 11 марта 2013 г., в дальнейшем в связи с прогрессирующими ухудшением состояния, 15 марта 2013 г., переведен в отделение интенсивной терапии клиники, затем 28 марта 2013 г. — в другое отделение интенсивной терапии и 4 мая 2013 г. скончался от полиорганной недостаточности.

У второго пациента — здоровой 32-летней дочери первого больного — в анамнезе отсутствует контакт с домашними птицами до начала заболевания. Вместе с тем, известно, что она непосредственно осуществляла уход за своим больным отцом без средств индивидуальной защиты во время его пребывания в клинике — до перевода в отделение интенсивной терапии.

У женщины первые симптомы заболевания появились на 6-й день после последнего контакта с больным отцом. 21 марта 2013 г. пациентка была госпитализирована в клинику, 28 марта 2013 г. переведена в отделение интенсивной терапии, где 24 апреля 2013 г. умерла от полиорганной недостаточности.

При вирусологическом исследовании биоматериала обоих пациентов идентифицированы практически генетически идентичные штаммы вируса, что дает основание предположить прямую трансмиссию вируса от отца к дочери.

Проведено физикальное и вирусологическое обследование 43 контактных лиц. У одного из них (племянника первого заболевшего, помогавшего осуществлять уход за больным) выявлено

вирусное заболевание в мягкой форме, однако ни у одного из контактных лиц не выявлено носительства вируса H7N9.

Проведено также вирусологическое исследование образцов из внешней среды — птичьих клеток, воды двух местных птичьих рынков, а также вирусологическое исследование лебедей из местности проживания заболевших. Идентифицирован один штамм вируса H7N9, который генетически отличался от штаммов, выделенных у заболевших лиц.

Авторы отмечают ограниченность проведенного исследования, однако утверждают, что наиболее вероятным объяснением случая семейного кластерного заболевания гриппом H7N9 2 пациентов является прямая трансмиссия вируса от первого заболевшего дочери. В то же время учёные подчеркивают, что у вируса отсутствует способность к самостоятельному устойчивому распространению среди людей.

По мнению учёных, наиболее вероятным источником заражения первого заболевшего следует считать живой птичий рынок. Авторы полагают, что данная работа является первым официальным отчетом о способности нового вируса передаваться от человека к человеку, сопровождающимся подробными эпидемиологическими, клиническими и вирусологическими данными. Полученные данные свидетельствуют о наличии у нового вируса пандемического потенциала.

Однако означают ли представленные китайскими учёными данные произошедшую мутационную адаптацию вируса, приближающую его к возможности распространения среди людей? Таким вопросом в настоящий момент задаются ведущие эксперты-вирусологи мира.

В комментариях к опубликованной статье учёные из Бангкокского филиала Лондонской школы гигиены и тропической медицины (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Великобритания, полагают, что для подобных выводов нет оснований. Ограниченнная трансмиссия вируса среди людей не обязательно означает, что происходит его трансформация в направлении способности к устойчивому распространению среди людей.

Вместе с тем специалисты отмечают, что некоторые штаммы вируса H7N9 являются предметом особой озабоченности эпидемиологов. И хотя полученные данные еще не свидетельствуют о возрастании пандемического потенциала вируса, однако они являются хорошим напоминанием о необходимости сохранять высокий уровень эпидемической настороженности. Вирус H7N9 по-прежнему опасен.

BMJ-British Medical Journal (2013) First probable person to person transmission of new bird flu virus in China; But H7N9 is not able to spread efficiently between humans. ScienceDaily, August 7 (<http://www.sciencedaily.com/releases/2013/08/130806203509.htm>).

Qi X., Qian Y.-H., Bao C.-J. et al. (2013) Probable person to person transmission of novel avian influenza A (H7N9) virus in Eastern China, 2013: epidemiological investigation. BMJ, 347(aug06 2): 14752.

Ольга Федорова