

Здоров'я наших дітей: про найголовніше від провідних педіатрів

Останнім часом вітчизняна медична галузь привертає до себе все більше уваги суспільства. В Україні набирає обертів реформа системи охорони здоров'я, яка першочергово стосується первинної ланки надання медичної допомоги та зміни системи фінансування української медицини. Не залишається осторонь і приватний сектор медичної системи, роль якого не можна недооцінювати в сучасних умовах, про що нещодавно йшлося в нашій публікації. Але не можна не говорити і про стан здоров'я нашого майбутнього — українських дітей, особливо, коли задля цього зібралися провідні фахівці з усіх куточків нашої держави.

10–12 жовтня 2017 р. у конгрес-холі столичного «Президент-Готелю» за сприяння Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, Асоціації педіатрів України, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» (далі — ІПАГ) НАМН України та Національного медичного університету імені О.О. Богомольця відбувся XII Конгрес педіатрів України (далі — Конгрес) «Актуальні проблеми педіатрії», який зібрав повну залу вітчизняних фахівців, причому цього разу це були здебільшого не лише педіатри та сімейні лікарі — особлива увага приділялася охороні здоров'я дітей в аспекті здоров'я майбутніх матерів, отже, лікарі, які мають безпосереднє відношення до акушерства та гінекології, також стали учасниками роботи щорічного Конгресу.



Вступним словом розпочав урочисте відкриття Конгресу директор ДУ «ІПАГ НАМН України», президент Асоціації педіатрів України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Юрій Антипкін**. Вітаючи присутніх, він представив вельмишановних фахівців, які також взяли участь у роботі Конгресу: директор Департаменту охорони здоров'я міста Києва **Валентина Гінзбург**, проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор **Раїса Моїсенко**, завідувач кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, віце-президент Асоціації педіатрів України, заслужений лікар України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Віталій Майданник**, керівник відділення ендокринної гінекології та заступник директора з наукової роботи ДУ «ІПАГ НАМН України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Тетяна Татарчук**, професор кафедри педіатрії № 2 НМАПО імені П.Л. Шупика, заслужений лікар України **В'ячеслав Бережний**, заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «ІПАГ НАМН України», доктор медичних

наук, професор **Володимир Лапшин**, завідувач кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заступник голови Вченої ради МОЗ України, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Олександр Воловцев**, завідувач департаменту педіатрії Тбіліського державного медичного університету, клінічний директор Центральної дитячої лікарні міста Тбілісі, голова правління Грузинської респіраторної асоціації, професор **Іване Чхадзе**.



Отже, першою частиною роботи Конгресу став виступ керівника відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ НАМН України», доктора медичних наук, професора **Юлії Давидової** на тему «Захист стану здоров'я матерів та дітей: запорука безпеки нації» від групи авторів: Ю.Г. Антипкін, В.Г. Майданник, Ю.В. Давидова, Г.В. Бекетова, ґрунтований на об'єднанні зусиль педіатрів та акушерів-гінекологів у збереженні репродуктивного потенціалу нації у складних демографічних умовах. За необхідності народження дітей у кількості в середньому 2,13–2,15 на одну жінку статистичні дані свідчать про реальне народження 1,5 дитини на одну жінку, що призвело до значного зниження дитячого населення за останні 20 років.

Аналіз існуючих реалій свідчить про необхідність ставитися до кожної вагітності, кожного новонародженого як до заходу щодо забезпечення безпеки нації. Кінцеві цілі для спільних зусиль педіатрів та акушерів-гінекологів зазначені у програмі «Глобальні цілі сталого розвитку: Україна» (2016–2030 рр.), яка прийнята Кабінетом Міністрів України як складова розвитку кожної країни світу в рамках програми ООН, ВООЗ, ЮНІСЕФ та інших міжнародних організацій.

У представлених в доповіді матеріалах проаналізовано аспекти розвитку медицини та соціальної сфери у світі та Україні. Так, в рамках виконання програми «Цілі розвитку тисячоліття», яку завершено у 2015 р., в Україні досягнуто значних успіхів у знижен-



ні смертності немовлят внаслідок удосконалення профілактики, діагностики та лікування дітей в Україні з найпоширенішими хворобами, організації надання їм необхідної допомоги, впровадження у практику сучасних методик, які мають доведену ефективність. На жаль, досягнути запланованих цілей відносно зниження материнської смертності не вдалося. Тому, відповідно до досягнення цілі № 3 програми «Глобальні цілі сталого розвитку: Україна», перед педіатрами та акушерами-гінекологами поставлено шляхетну мету — знизити смертність немовлят і материнську смертність від причин, яких можливо уникнути.

Наведені дані про результати створення в Україні мультидисциплінарної команди «Акушерська кардіологія» свідчать про те, що сьогодні в нашій країні надається перинатальна та кардіохірургічна допомога вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим відповідно до вимог Європейського товариства кардіологів, і такий підхід дозволив зберегти життя більше ніж 50 жінкам із найтяжчою кардіальною патологією навіть за умов проведення їм кардіохірургічного втручання у період вагітності зі всебічною періопераційною профілактикою можливих ускладнень. Також в Україні на сьогодні створено сучасний Центр планування сім'ї, розроблено стратегію «Жіночість майбутнього», в рамках якої проводиться аналіз кардіоваскулярних ризиків, онкологічних ризиків, акцент на збереження якості життя жінок віком від 40 років. Все це запропоновано, обґрунтовано та запроваджено в ДУ «ПАГ НАМН України» як флагмані розвитку педіатричної, перинатальної, акушерської та гінекологічної науки та практики під керівництвом академіка НАМН України Ю. Антипкіна.

Увагу присутніх було привернуто на такі невідкладні проблеми в сучасній педіатрії, як захист стану здоров'я дітей, які мешкають у зоні АТО, евакуйовані із зони АТО, які постраждали від наслідків подій на окупованих територіях, шкільна медицина, недоліки імунізації дітей, зростання частоти вроджених вад розвитку та новоутворень у дітей, необхідність створення відповідних реєстрів, а також налагодження послідовності надання медичної допомоги від періоду новонародженості до дорослого віку.

Наголошено на необхідності урахування фетальних причин в розладах стану здоров'я дорослих: недоношеність, гіпертензивні ускладнення вагітних, народження дітей з недостатньою масою тіла. Так, у подальшому житті вищезазначені причини призводять до значного збільшення кількості випадків раннього розвитку артеріальної гіпертонії, ішемічної хвороби серця, атеросклерозу, інсульту, інфаркту, що потребує певної зміни підходів до їх профілактики та ранньої діагностики і лікування.

Окремої уваги заслуговує проблема безпеки дитини-пацієнта та жінки-пацієнтки. Необхідно враховувати результати аналізу кращих практик провідних країн світу, імплементувати дані фундаментальних та прикладних досліджень, проведених у нашій країні, та запроваджувати інтегровані стратегії, методики, протоколи діагностики та лікування при розвитку різних хвороб, а також проводити навчання медичних спеціалістів новітніми технологіями, розробити критерії оцінки ефективності їх впровадження.

На завершення автори наголосили на необхідності запровадження загальнодержавних заходів щодо охорони здоров'я дітей в Україні, які б передбачали вирішення не лише медико-соціальних, педагогічних, екологічних проблем, а й оздоровчо-профілактичних питань у медицині дитинства.



Наступною стала доповідь **Т. Татарчук** на тему «Педіатрія на варті репродуктивного здоров'я дівчат». «Зважаючи на те що зараз в Україні народжується лише півтори дитини на кожну жінку, треба розуміти, що ця проблема є не лише медичною, а й соціальною, адже понад 2 млн подружніх пар в нашій державі сьогодні не мають дітей», — наголосила оратор. Питання репродуктивного здоров'я жінки закладається в дитинстві, і на сьогодні є різні проблемні аспекти здоров'я дівчат-підлітків. І якщо аномалії розвитку жіночої статеві системи дуже важко коригувати, то є такі проблеми, на які спільними зусиллями дійсно можна вплинути, і це стосується незапланованої вагітності, інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також статевого дозрівання на тлі соматичних захво-

рювань та зовнішніх чинників. І саме на цих трьох позиціях більш детально зупинилася Т. Татарчук.

Оратор вважає, що динаміка абортів та пологів у дівчат віком до 14 років — чесний показник, адже в цих випадках дитина звертається до батьків, не маючи змоги вирішувати подібні питання самостійно. Тільки у 2016 р. в Україні зареєстровано 118 випадків пологів у дівчат віком до 14 років, а у 2015 р. — 130. Іншим важливим показником є випадки абортів та пологів у підлітковому віці, тобто у 15–18 років, і він також високий у нашій країні. Проте цей показник не є істинним, адже в цьому віці вже відзначається самостійне переривання вагітності підлітками. Статистичні дані свідчать, що середній вік початку статевого життя в Україні становить 15 років, а згідно з результатами опитування майже 2 тис. дівчат виявлено, що початок статевого життя до 15 років відзначають приблизно 25% опитаних, а після 18 років — 14%, тобто більшість представниць жіночої статі в нашій державі починають статеве життя у віці 15–17 років.

Ще більш вражає середня кількість статевих партнерів. 17% дівчат віком до 17 років зазначили, що вони вже мали більше 6 статевих партнерів, а 28% — від 2 до 5 партнерів. Згідно з результатами іншого медико-демографічного дослідження в різних регіонах України, проведеного міжнародними організаціями, в якому було задіяно близько 20 тис. домогосподарств, визначено, що майже 70% громадян України віком від 15 до 19 років мають двох та більше статевих партнерів. І це насправді є значною проблемою, адже початок статевого життя у віці до 18 років асоціюється з високим ризиком інфікування, тому що, за словами доповідачки, гормональна система підлітка не є сталою, а місцевий імунітет формується разом із утворенням гормонального гомеостазу, що завершується приблизно у віці 18–22 років. І найстрашнішим у цій ситуації є не вагітність або захворювання, страшнішим є рак шийки матки, який може розвиватися на фоні потраплення в організм дівчини вірусу папіломи людини, зазначає Т. Татарчук.

У цьому напрямку вкрай важливою є профілактика, причому профілактика розвитку раку шийки матки, яка полягає перш за все у вакцинації. В разі проходження вакцинації до початку статевого життя її ефективність становить 99%. Проте можна вакцинуватися і пізніше, але ефективність у цьому разі значно нижча. Вторинна профілактика теж є важливим елементом, проте в цьому разі лікар може виявити патологію, а вона, звісно, потребує лікування. І тут Т. Татарчук акцентує увагу на лікуванні пацієнтів із саме передраковим станом, тобто цервікальною інтраепітеліальною неоплазією. Зазвичай це проведення хірургічного втручання на шийці матки, що активно практикується вітчизняними лікарями-гінекологами. До того ж, оратор наголосила, що зараз немає такого діагнозу, як ерозія шийки матки, і не потрібно в цьому випадку робити ані «припалювання», ані «заморожування», і лише за наявності вірусу необхідно проводити конізацію шийки матки.

Важливим є питання порушення менструального циклу, адже це може стати небезпечним для дівчини, і про це обов'язково слід говорити. Як наголошує Т. Татарчук, у пубертатний період може розвиватися фізіологічна інсулінорезистентність, це — характерна особливість цього періоду. Якщо в цей особливий пубертатний період є вплив якихось несприятливих чинників навколишнього середовища, найпоширенішим з яких є стрес, особливо, зумовлений соціальними факторами сьогодення чи шкільною тривожністю, разом із фізіологічною резистентністю можливе формування полікістозу яєчників, який визначено світовою спільнотою кардіологів як фактор ризику розвитку кардіоваскулярної патології, і на який можуть впливати саме гінекологи. Т. Татарчук окремо акцентує увагу на тому, що в разі діагностування у молодій дівчині пухлинноподібного новоутворення відповідної локалізації або кісти яєчника, яка потенційно може призвести до розвитку полікістозу і бути зумовлена вищезазначеними механізмами, не потрібно проводити оперативних втручань, а слід направляти підлітка до лікаря-гінеколога, який може провести адекватне й ефективне лікування консервативними методами.

Дуже важливим в аспекті здоров'я дівчат-підлітків є фактор школи. Результати одного з проведених досліджень свідчать, що серед дівчат із патологією становлення менструального циклу близько 45% становлять відмінниці у навчанні, адже вони мають нижчий фізіологічний опір стресу та підвищений рівень тривож-

ності. І це зумовлено перенавантаженням, яке обов'язково потребує певного психологічного супроводу.



Наступним етапом роботи Конгресу став Симпозіум «Імплементація міжнародних рекомендацій з лікування респіраторних захворювань у дітей». Як відомо, бронхіт є одним із найпоширеніших захворювань дитячого віку, відомі різні терапевтичні підходи, один з яких у темі «Сучасні можливості фітотерапії у лікуванні бронхітів у дітей» розкрила завідувач кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, професор **Лєся Бєш**. Перше, на що звернула увагу оратор, є те, що, лікуючи дитину з бронхітом, лікар має розуміти, що маленький пацієнт не потребує аж так багато медикаментозних препаратів, як подекуди призначається лікарями, і необхідно робити все, щоб дитині легше було перенести саме лікування, аніж перебіг хвороби. І в цьому разі слід чітко дати собі відповідь на такі запитання: якою має бути базисна терапія? Чи можлива етіотропна терапія, і коли її призначати? Коли показані противірусні препарати, а коли потрібно застосовувати антибіотики? І зрештою, чи може фітотерапія замінити класичні лікарські засоби?

Щодо базисної терапії оратор наголошує, що це доволі банальні речі: загальний режим у разі, якщо дитина не лихоманить, часте тепле пиття, забезпечення адекватного носового дихання, провітрювання та зволоження повітря у приміщенні, а також заборона тютюнопаління у приміщенні, де перебуває дитина. Стосовно етіотропної терапії ведеться дуже жвава дискусія, але вибір саме коректної її форми має відбуватися лише після проведення етіологічної верифікації бронхіту, що на сьогодні є доволі складною проблемою, адже маленькі діти дуже рідко відкашлиють мокротиння, а виділення бактерій або вірусів у зразках мокротиння верхніх дихальних шляхів не завжди свідчить про наявність тих самих мікроорганізмів у бронхах. Тому практично завжди в педіатричній практиці, як наголошує професор Л. Бєш, вибір етіотропної терапії здійснюється емпіричним шляхом.

При виборі противірусних препаратів необхідно пам'ятати, що більшість із них не мають прямої противірусної дії, і взагалі ці лікарські засоби практично призначають у разі тяжких варіантів перебігу захворювання, причому бажано з перших днів. Активно дискутується тема стосовно застосування антибіотикотерапії. За словами оратора, на сьогодні чітко визначено ситуації, коли дитині необхідно призначати антибактеріальні препарати при інфекціях нижніх дихальних шляхів. Це такі випадки, коли лікар не сумнівається або допускає наявність пневмонії, коли відсутнє протягом тижня клінічне покращення стану дитини, а також, коли дитина знаходиться у дуже тяжкому загальному стані. Але ж яка реальна ситуація? Нині, згідно з даними досліджень, гострий бронхіт є діагнозом, з приводу якого чи не найчастіше неадекватно призначають антибіотики. Незважаючи на те що у 85–90% випадків причиною гострого бронхіту є віруси, 70% пацієнтів призначають антибактеріальні лікарські засоби. І цю ситуацію, як наголошує Л. Бєш, необхідно змінювати.

Але ж якою може стати альтернатива? Чи може нею бути фітотерапія? Оратор зазначає, що фітотерапія — привабливий напрямок у лікуванні пацієнтів у деяких ситуаціях, адже вона адекватно сприймається батьками дітей, і, відповідно, в цьому разі відзначається висока прихильність до лікування, яка є вкрай важливою запорукою успіху. Вибираючи фітопрепарат, слід звертати увагу на його відповідність серйозним критеріям, і це стосується насамперед виготовлення препарату з адекватної стандартизованої сировини, наявності хорошої доказової бази його ефективності та безпеки, тривалого перебування фітопрепарату на фармацевтичному ринку в багатьох державах тощо.

Таким чином, резюмуючи свою доповідь, Л. Бєш зазначає, що доказова медицина сьогодні пропонує певні стратегії лікування, а власний досвід лікарів дає підстави для вибору такої лікувальної тактики задля досягнення більш успішного результату, зокрема при лікуванні дітей із гострим бронхітом, яка базується на персоналізованому підході. Протокольні стандарти

пропонують лікування, спрямоване на нозологію, але ж фахівці лікують пацієнта, тому вибирають відповідний терапевтичний підхід, до якого відзначають вищу прихильність з боку хворого, отже, фітотерапія, за словами Л. Бєш, може бути доволі привабливим напрямком лікування.



У продовження Симпозіуму присутні мали змогу ознайомитися з досвідом Грузії щодо адаптації міжнародних протоколів для оптимізації лікування при гострих респіраторних захворюваннях, яким поділився **І. Чхайдзе**. Найголовніше, на що звернув увагу оратор, став процес затвердження протоколів лікування в Грузії. Початком є створення цього протоколу професійною асоціацією лікарів певного напрямку на підставі існуючих міжнародних рекомендацій, який у подальшому обов'язково проходить етап спеціальної експертизи. Після цього документ потрапляє до Міністерства охорони здоров'я, де функціонує Національна рада з розробки, оцінювання та впровадження національних рекомендацій та стандартів з приводу лікування, яка оцінює наданий матеріал, і у разі позитивного висновку, згідно з наказом міністра охорони здоров'я, цей протокол стає рекомендованим, але необов'язковим. Після цієї процедури протокол публікується на офіційному сайті міністерства, і кожен лікар у вільному доступі може ним користуватися.

Розширюючи підняту професором Л. Бєш тему з приводу можливості призначення фітотерапії як альтернативи традиційному терапевтичному підходу, І. Чхайдзе зауважив, що, зважаючи на достатню доказову базу з приводу ефективності та безпеки застосування певних препаратів, у Грузії цілком можливе включення деяких їх представників до національних протоколів надання медичної допомоги хворим на гострий бронхіт, причому як для дорослих, так і для дітей.



Не оминув увагою питання оцінки ефективності фітопрепаратів при респіраторній патології у дітей **В. Майданник**. Підтримуючи важливість даних доказової медицини при виборі терапевтичної стратегії, доповідач акцентував увагу присутніх на тому, що деякі фітопрепарати мають навіть пряму противірусну активність, що є вкрай важливим при лікуванні пацієнтів різного віку з бронхітом, а також — з огляду на деякі, що правда, експериментальні дослідження — і бактериостатичну дію. Окрім того, окремі фітопрепарати мають важливу особливість, а саме стимулюють частіше скорочення війчастого епітелію, тим самим сприяючи відходженню і транспорту слизу з дихальних шляхів. Однак, за словами В. Майданника, до результатів будь-яких досліджень та метааналізів необхідно ставитися з певною обережністю, а клінічний підхід має бути доволі зваженим і засновуватися на власному досвіді лікарів.



Наступним, не менш важливим етапом роботи Конгресу став Симпозіум на тему «Експертний погляд на фармакотерапію поширених захворювань у дітей шкільного віку», під час якого розглянуто нові підходи до сучасного комплексного лікування дітей з енурезом, презентовані доктором медичних наук, професором кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця **Інгою Мітроревою-Корнійко**. Оратор наголосила, що встановлення діагнозу «енурез» не обмежується лише констатацією мимовільного сечовипускання під час сну, а має певні критерії, розроблені міжнародними асоціаціями, які враховують вік пацієнта, адже енурез можна діагностувати у дитини віком старше 5 років, а також мінімальну частоту епізодів. Окремо доповідач зупинилася на поширеності цієї патології, міжнародні показники досить різні, але згідно з вітчизняною епідеміологічною оцінкою, у Києві серед більше ніж 2 тис. обстежених дітей виявлено,

що найбільше від енурезу страждають діти віком 7–8 років, серед яких поширеність сягає 40%.

Оратор звернула увагу на те, що новітня епоха поширеності використання підгузків призвела до того, що наразі лікарі відзначають таке явище, як «підгузковий енурез». Саме тому важливим є своєчасне та правильне привчання дітей до горщика, а також відмова від підгузків. Взагалі-то, за словами оратора, сьогодні виділяються певні патофізіологічні механізми розвитку енурезу у дітей, які стосуються генетичної прихильності, соціально-психологічних факторів, органічних церебральних дефектів, вегетативних дисфункцій, вроджених вад розвитку сечовивідної системи, ендокринного дисбалансу, а також нейросоматичної патології.

Проте, як наголошує доповідач, в енурезі є декілька причин розвитку, але механізм по суті один: дитина не може виробити умовний рефлекс, тобто просипатися вночі. І тут також є певні чинники: порушення продукції антидіуретичного гормону, порушення біоритму «сон–неспання», а також проблеми, пов'язані з мозковим центром сечовивільнення. І найголовніше, на чому окремо акцентувала увагу аудиторії доповідач, є те, що всі без винятку діти з енурезом мають прояви неврозу, а умовний рефлекс просинання вночі є надбаною навичкою, яку необхідно виробити. А від того, які б медикаментозні методи лікування не застосовувалися, без урахування вищезазначених важливих чинників можна не досягнути бажаного результату. Тут в нагоді стають спеціальні методи, коли після 19:30 дитина припиняє пиття, коли кожні 15 хв за 2 год до сну дитина ходить до вбиральні, дитина має спати на твердій поверхні, а наявність горщика біля ліжка має бути обов'язковою. І це доволі простий комплекс, який можуть здійснити будь-які батьки.

Доповідач не оминула увагою одну з найпоширеніших помилок, яка протипоказана для пацієнтів з енурезом: в одному разі не можна вночі будити дитину. Це пов'язано з порушенням структури сну, формуванням дитячого інфантілізму, адже діти в цьому разі можуть перекидатися відповідальність за просинання на інших членів сім'ї, а також із невротизацією батьків. Щодо медикаментозного боку терапії, оратор зазначає, що тут в нагоді стають ноотропні препарати, біостимулятори, антибактеріальні лікарські засоби за необхідності, а також багато інших, але практикуючим лікарям слід пам'ятати про суворі показання деяких з них (гормони, трициклічні антидепресанти тощо).



Під час наступного Симпозіуму на тему «Обструктивний синдром в педіатрії: від доказової медицини до сучасної практики» мала змогу виступити головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергій у дітей ДУ «ІПАГ НАМН України», доктор медичних наук, професор **Тетяна Уманець**, темою доповіді якої стали «Нові підходи до лікування бронхіальної астми через призму реформ системи охорони здоров'я

України». За її словами, бронхіальна астма залишається одним із найпоширеніших хронічних захворювань органів дихання у дітей, хоча в Україні відзначається позитивна тенденція щодо захворюваності та поширеності цієї патології, особливо у дітей раннього віку.

Основною метою лікування пацієнтів із бронхіальною астмою є досягнення контролю над симптомами захворювання з мінімізацією ризику розвитку загострення, погіршення функції легень та побічних ефектів фармакотерапії. Лікування у разі бронхіальної астми — це цілий комплекс заходів, спрямованих на своєчасне та коректне встановлення діагнозу, оцінку контролю симптомів, факторів ризику розвитку захворювання, прихильність пацієнтів до лікування тощо. За словами оратора, нині лікарі можуть активно користуватися рекомендаціями Глобальної ініціативи з бронхіальної астми (Global Initiative for Asthma — GINA) 2017 р., в яких оновлено рекомендації, що стосуються оцінювання легеневої функції, акцентовано увагу на необхідності обов'язкового проведення спірометричних досліджень, надана інформація щодо безпеки застосування деяких груп препаратів, а також наявній іншій суттєвій оновлення.



Не менш важливим продовженням Конгресу стало засідання з приводу проблемних питань педіатрії, під час якого присутні мали змогу заслухати доповідь завідувача кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заслуженого лікаря України, доктора медичних наук, професора **Сергія Крамарьова** на тему «Грип 2017: актуальні питання профілактики і лікування». За словами оратора, не настільки страшний сам грип, як його ускладнення. Згідно з результатами одного з досліджень щодо педіатричної практики, встановлено, що чим менший вік дитини, яка захворіла на грип, тим вищий ризик розвитку ускладнень. Саме тому, враховуючи тяжкість перебігу цього захворювання, за словами доповідача, створено препарати прямої протівірусної дії. Але практикуючим лікарям необхідно враховувати, що американські та європейські гайдлайни рекомендують різні варіанти призначення певних груп протівірусних препаратів у зв'язку з різними типами вірусу грипу, сезонністю, тяжкістю перебігу захворювання тощо.

Не можна оминати увагою профілактичні заходи щодо обговорюваного захворювання. За словами оратора, згідно з рекомендаціями Американської академії педіатрії, у сезоні 2017–2018 рр. необхідно проводити вакцинацію проти грипу усім дітям віком до 6 міс, а також тим, хто з ними контактує, при цьому особливу увагу приділяючи: передчасно народженим дітям, вакцинуючи їх після 6-місячного віку; дітям із деякими хронічними захворюваннями; усім особам, які контактують із дітьми групи підвищеного ризику; дітям та підліткам віком від 6 до 18 років, які отримують препарати групи саліцилатів; усім медичним працівникам та всьому обслуговуючому персоналу закладів охорони здоров'я; вагітним і тим, хто планує вагітність, а також жінкам, які нещодавно народили.



Під час роботи Конгресу не обійшлося без несподіванок, принаймні для аудиторії, адже присутні мали змогу почути виступ від члена депутатської фракції Політичної партії «Об'єднання «Самопоміч», народного депутата України VIII скликання, заступника голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я **Ірини Сисоєнко**. Наголошуючи на важливості проведення подібних заходів, народний депутат відзначила, що основним завданням держави є прийняття необхідних законів, які вже давно діють в європейських країнах, а також деяких країнах пострадянського простору, впроваджуючи при цьому ефективні зміни як для лікарів, так і для пацієнтів.



Напевно, немає жодної людини, яка б час від часу не стикалася з проблемами кашлю у себе чи у своїх дітей, тому не можна оминати увагою виступ на тему «Сучасні підходи до лікування кашлю: світовий досвід та вітчизняна практика», який презентувала присутнім завідувач кафедри дитячих та підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор **Галина Бекетова**. Наголошуючи на тому, що гострі респіраторні інфекційні хвороби щорічно забирають близько 4 млн людських життів у світі, оратор зазначила, що сьогодні надзвичайно важливою є проблема вакцинації. За словами доповідача, нині у нас скрутна ситуація щодо профілактичних щеплень, і це потрібно розглядати як загрозу безпеці держави, оскільки внаслідок потужної антивакцинальної кампанії, відмови батьків від щеплень та перебоїв із вакцинами, Україна, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в минулому році, на жаль, посіла останнє місце у світі за рівнем планової вакцинації.

Не менш важливим питанням є наявність лише 10 основних щеплень в українському календарі вакцинації, хоча в розвинених

країнах світу обов'язковими є 18 щеплень, у тому числі від грипу, менінгококової та пневмококової інфекції тощо, що дозволяє профілакувати певні захворювання та ускладнення. Саме тому, на переконання оратора, в умовах України питання, лікувати чи ні пацієнтів із гострими респіраторними інфекціями, має лише одну відповідь: звісно, лікувати. І в цьому контексті використовують різні методи, це можуть бути і народні, і альтернативні гомеопатичні підходи, симптоматичне лікування тощо. Але найголовнішими у лікуванні є його безпека та покращення якості життя як пацієнта, так і його родини.

Саме в цьому ракурсі можливим є застосування комбінованих лікарських засобів, які забезпечують комплексну дію на організм і мають низку важливих переваг, а саме: зменшення вартості лікування; зниження ризику передозування та розвитку побічних реакцій за рахунок потенціювання ефектів, що гарантує безпеку їх використання; оптимізація режиму дозування з мінімізацією кратності та кількості прийомів, що є зручним для пацієнта; скорочення тривалості хвороби; рання профілактика розвитку ускладнень; дія на патогенетичні ланки захворювання; покращення епідоточення, а також оптимізація якості життя. Але необхідно

пам'ятати, що згідно з міжнародними вимогами до комбінованих препаратів, вони мають містити не більше трьох активних компонентів, кожен з яких має бути не лише в ефективній, але й безпечній концентрації, а також повинні бути враховані можливі несприятливі реакції на кожен із компонентів. І саме застосування подібних форм препаратів є ефективним у рамках лікування пацієнтів з кашлем, вважає Г. Бекетова.

Зазначимо, що неможливо обговорити всі проблематичні питання педіатрії протягом одного заходу, хоча присутні мали змогу отримати безліч нової та актуальної інформації про проблеми з боку серцево-судинної системи, етіотропне лікування пневмоній у дітей, проблеми діагностики синдрому подразненого кишечника, перспективи застосування пробіотиків у дитячому віці, деякі аспекти дефіциту вітамінів. Також присутнім презентовано модель навчального процесу на медичних факультетах у країнах Прибалтики та чимало іншого. Завершенням роботи Конгресу стала презентація резолюції, яка нині знаходиться на стадії обговорення.

Олег Мартишин,
фотو Сергія Бека

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Острый аппендицит — диагноз установитъ просто



Острый аппендицит является одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Как при любой острой хирургической патологии прогрессирование заболевания может привести к развитию серьезных осложнений.

Жизнеугрожающие осложнения при остром аппендиците развиваются у 7% пациентов (<http://www.umj.com.ua/article/113644>).

Схожесть клинических проявлений и симптоматики острого аппендицита и многих заболеваний органов брюшной полости создает определенные трудности при установлении диагноза, особенно на ранней стадии (<http://www.umj.com.ua/article/113597>). Предложенная Альварардо простая и доступная балльная оценка позволяет стратифицировать пациентов с абдоминальной болью и связать ее с вероятностью развития острого аппендицита, а также принять решение в отношении прекращения наблюдения и выписки пациента либо рекомендовать хирургическое вмешательство. В ситуации, когда вероятность острого аппендицита вызывает сомнения либо имеет недостаточно объективных данных, дальнейшие исследования, такие как ультразвуковое обследование органов брюшной полости и компьютерная томография, помогут разрешить сомнения. Тем не менее, будучи простой в работе, достоверность шкалы Альварардо для оценки вероятности развития острого аппендицита у пациентов с разной степенью риска остается неясной. Цель проведенного исследования — оценить дискриминацию (точность диагностики) и показатели калибровки шкалы Альварардо. Работа выполнена под руководством Роберто Оле (HRB Centre for Primary Care Research, Division of Population Health Sciences, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland), Ирландия, результаты которой опубликованы в журнале «Медицина» («BMC Medicine») в 2011 г.

Авторы изучали точность установления диагноза «острый аппендицит» путем анализа массива данных, включавших 42 исследования, полученных из электронных баз данных Medline, Embase, DARE Кокрановской библиотеки. Оценивали диагностическую точность шкалы Альварардо и ее калибровочные значения: низкого (1–4 балла), промежуточного (5–6 баллов) и высокого (7–10 баллов) уровней риска развития острого аппендицита. Анализ проводили с участием трех категорий пациентов: мужчин, женщин и детей.

Как заключают авторы, диагностическая точность при точке отсечения менее 5 баллов с высокой степенью вероятности позволяла исключить острый аппендицит практически у всех категорий пациентов (чувствительность 99% в целом; мужчин — 96%, женщин — 99%, детей — 99%). В то же время при сумме баллов ≥ 7 и предположении, что диагноз острого аппендицита высоковероятен, а оперативное лечение строго показано — методика не от-

личалась высокой специфичностью для всех групп: (специфичность — 81%; мужчины — 57%, женщины — 73%, дети — 76%). В то же время наиболее точная калибровка стратификации риска острого аппендицита по шкале Альварардо выявлена для пациентов мужского пола во всех подгруппах (отношение риска (OR) низкое — 1,06; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,87–1,28, промежуточное OR 1,09; 95% ДИ 0,86–1,37 и высокое OR 1,02; 95% ДИ 0,97–1,08). Использовании шкалы Альварардо у детей и женщин всегда обуславливало завышенную частоту «ложноположительного» диагноза по всем группам риска. Общий перечень вопросов для шкалы Альварардо и стратификации риска приведены в таблице и на рисунке.

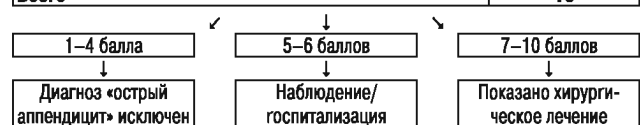
Как заключают авторы, исследование подтвердило высокую прогностическую ценность медицинского калькулятора Альварардо для исключения диагноза острого аппендицита у всех категорий пациентов с высокой чувствительностью и специфичностью.

Наиболее точно откалиброван данный метод для диагностики острого аппендицита у мужчин всех категорий риска.

В качестве критерия определения показаний к оперативному лечению в сомнительных случаях метод не может использоваться как основной.

Применение калькулятора Альварардо для стратификации риска острого аппендицита может быть очень полезно в отделениях неотложной помощи и в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, особенно в странах с низким уровнем ресурсов, для исключения диагноза и распределения пациентов.

Показатель Альварардо	
Особенности показателя	Балл
Миграция боли	1
Отсутствие аппетита	1
Тошнота	1
Болезненность в правом нижнем квадранте	2
Иррадирующая боль	1
Повышение температуры тела	1
Лейкоцитоз	2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево	1
Всего	10



Вероятность развития острого аппендицита		
Низкая	Сумма баллов по шкале Альварардо 1–4	30%
Промежуточная	Сумма баллов по шкале Альварардо 5–6	66%
Высокая	Сумма баллов по шкале Альварардо 7–10	93%

Рисунок. Шкала Альварардо

Ohle R., O'Reilly F., O'Brien K.K. (2011) The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. BMC Med., 28(9):139.

Александр Осадчий