

# Охорона здоров'я дітей та підлітків в Україні — проблеми, досягнення, перспективи

Найбільш очікувана українськими дитячими лікарями подія, на якій провідні фахівці галузі представляють здобутки сучасної науки і практики та обговорюють шляхи удосконалення педіатричної служби, — XIII Конгрес педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії» (далі — Конгрес), який відбувся 9–11 жовтня в конгрес-холі Київського «Президент Готелю».

Організаторами заходу виступили Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України, Національна академія медичних наук (НАМН) України, Асоціація педіатрів України, Державна установа (ДУ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології (ІПАГ) імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» та Національний медичний університет (НМУ) імені О.О. Богомольця. Програма Конгресу передбачала проведення 8 симпозіумів та 9 пленарних засідань, присвячених широкому колу питань, серед яких:

- проблемні питання педіатрії;
- експертний погляд на фармакотерапію поширених захворювань у дітей;
- сучасні напрями терапії та профілактики гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) у дітей;
- сучасні проблеми пульмонології та алергології дитячого віку;
- сучасні досягнення гастроентерології, гепатології та нутриціології в педіатрії;
- проблеми кардіоревматології та нефрології дитячого віку;
- ендокринні розлади, метаболічний синдром у дітей та підлітків;
- патологія сну у дітей;
- сучасні можливості раннього виявлення і профілактики туберкульозної інфекції у дітей та підлітків;
- проблеми соціальної педіатрії та організації медичної допомоги дітям.

## Урочисте відкриття Конгресу



Відкриваючи зібрання директор ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», президент Асоціації педіатрів України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Юрій Антипкін** привітав присутніх та представив членів президії, до якої увійшли провідні фахівці галузі, які, за словами промовця, на законодавчому та організаційному рівні роблять все, щоб наша медицина була найкращою, педіатрична служба розквітала, а її працівники мали гідні

умови для своєї нелегкої, але дуже потрібної роботи. Академік відзначив, що для педіатрів Конгрес є справжнім професійним святом, прекрасною можливістю не лише для спілкування, обговорення важливої інформації, обміну досвідом, але й для визначення шляхів вдосконалення подальшої діяльності.

Вітальне слово від Прем'єр-міністра України **Володимира Гройсмана** до учасників Конгресу озвучив заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктор медичних наук, професор **Володимир Лапшин**: «...Наша держава переживає непростий час, відмовляючись від всього застарілого та неефективного. Крок за кроком ми реформуємо країну, будемо здорове суспільство для того, щоб прийдешні покоління мали гідне майбутнє! Дякую за участь у цьому заході всім лікарям-практикам, науковцям, медикам, кожному, хто за покликом серця піклується про здоров'я молодого покоління українців. Наші діти — це найдорожчий скарб,

і від того, наскільки вони будуть здорові, гармонійно розвинуті та щасливі, залежить майбутнє нашої країни...»

Деяко менш оптимістичним щодо оцінки ефективності триваючої реформи медицини, але водночас сповненим надією на успішне подолання всіх перепон став вітальний виступ голови Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, доктора медичних наук, професора **Ольги Богомолець**. Аудиторія зустріла бурхливими оплесками її щирі слова подяки педіатрам, які, незважаючи на всі існуючі проблеми, залишаються працювати на Батьківщині. Ну думку промовця, найважливіше, що має зробити керівництво нашої держави, — подбати про збереження людського потенціалу, без якого неможливо піднімати економіку та захищати кордони країни. Серед існуючих у галузі проблем професор акцентувала увагу на нагальній потребі збереження професії педіатра на первинній ланці медичної допомоги, відновленні доступності для дітей стоматологічної допомоги, недостатньому фінансовому забезпеченні лікування онкохворих дітей, необхідності створення умов для забезпечення повноцінної роботи Центру трансплантації кісткового мозку. «За останні п'ять років на лікування дітей за кордоном витрачено 1 млрд грн., тоді як за ці гроші в Україні можна було б вилікувати в 3 рази більше дітей, і черги на трансплантацію кісткового мозку у нас би не було», — з прикрісто констатувала О. Богомолець. На її переконання, зареєстрований до розгляду у Верховній Раді України закон про обов'язкове медичне страхування (законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» № 4981-2 — прим. ред.) має стати основою реформи системи охорони здоров'я. Промовець подякувала делегатам конгресу за їх служіння та віру в успішність реальної реформи системи охорони здоров'я в Україні, в те, що українські лікарі не будуть ставати «заробітчанами» за кордоном, і, головне, в те, що багатство нації — українські діти — будуть здоровими і зможуть мати справедливий, своєчасний, гідний доступ до знань, рук та серця педіатрів.



Звернувшись із привітаннями до учасників зібрання, директор Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації (КМДА) **Валентина Гінзбург** висловила вдячність лікарям-педіатрам за щоденну самовіддану роботу, а також відзвітувала про основні здобутки столичної влади в галузі такого пріоритетного напрямку охорони здоров'я, як медичне забезпечення материнства і дитинства. Зокрема, на близько 130 млн грн. закуплене медичне обладнання для пологодопоміжних закладів (у тому числі для реанімації новонароджених та для впровадження скринінгових програм на вроджену туговувість і ретинопатію) та на 50 млн грн. — для дитячих закладів, ще 50 млн грн. виділено на медикаментозне забезпечення дітей в рамках міської цільової програми «Здоров'я киян» та програми «Доступні ліки», на впровадження скринінгових програм, зокрема визначення йоддефіцитних станів. Близько 100 млн грн. виділено на ремонт дитячих закладів, спрямований на створення умов, які б відповідали «лікарням, доброзичливим до дитини». До речі, цьогоріч саме в Києві вперше від-

булось обговорення проектів подібних закладів із залученням широкого кола медичних працівників. Користуючись нагодою, доповідач висловила особливу подяку академіку Ю. Антипкіну і керівнику відділення проблем здорової дитини та преморбідних станів ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктору медичних наук, професору Людмилі Квашніній за допомогу у відкритті тренінгового центру з інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ).

Доброю традицією Конгресу є урочисте вшанування найкращих професіоналів у галузі педіатрії. Відмінністю цьогорічної нагороди «За вагомий внесок у розвиток педіатрії в Україні» стало те, що вона була приурочена до ювілеїв нагороджених. Академік Ю. Антипкін вручив почесні відзнаки:

- професору кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету, доктору медичних наук **Леоніду Безрукову**;
- директору ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», професору кафедри пропедевтичної педіатрії та генетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктору медичних наук **Олегу Гнатейку**;
- науковому керівнику відділення хвороб сполучної тканини у дітей з групою психосоматики і психотерапії дітей та вагітних ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України», доктору медичних наук, професору **Людмилі Омельченко**;
- члену-кореспонденту НАМН України, завідувачу кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шуплика, доктору медичних наук, професору **Єлизаветі Шунько**;
- завідувачу науковою групою проблем алергії та імунореабілітації у дітей ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України» професору **Володимирі Лапшину**;
- завідувачу відділення медичних проблем здорової дитини та преморбідних станів ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України», доктору медичних наук, професору **Л. Квашніній**;
- професору кафедри педіатрії та медичної генетики Буковинського державного медичного університету, доктору медичних наук **Тамілі Сорокман**.

Грамотами «За вагомий особистий внесок у розвиток охорони здоров'я дітей та високий професіоналізм» удостоєні:

- науковий керівник відділення наукових проблем організації медичної допомоги дітям і матерям ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України», доктор медичних наук, професор **Віктор Неділько**;
- завідувач інфекційно-діагностично-боксованого відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» **Раїса Мостовенко**;
- головний лікар ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України», заслужений лікар України **Любов Слєпова**;
- завідувач дитячого консультативно-діагностичного центру ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України», кандидат медичних наук **Галина Скибан**;
- професор Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, доктор медичних наук **Людмила Решеткіна**.

Кульмінаційною подією відкриття Конгресу безумовно можна назвати доповідь «Стратегічні завдання Асоціації педіатрів України у вирішенні проблем здоров'я материнства та дитинства», в якій академік Ю. Антипкін від імені керівництва Асоціації педіатрів України представив основні здобутки сучасної вітчизняної педіатрії та визначив плани на майбутнє. Поінформовавши, що Україна ще в 2015 р. виконала одну з важливих, визначених ООН, ВООЗ, та ЮНІСЕФ цілей третього тисячоліття — зниження дитячої смертності на  $\frac{1}{4}$  від рівня 1990 р., він охарактеризував глобальну ціль, поставлену на період до 2031 р., — «гарне здоров'я». Її досягнення передбачає:

- подальше зниження материнської смертності;
- подолання смертності новонароджених та дітей віком до 5 років;
- збереження репродуктивного та сексуального здоров'я;
- створення умов для безпечного материнства через сферу планування сім'ї.

Промовець нагадав про те, як ще в далекі 1990-ті роки всесвітньо відомий корифей педіатрії академік О.М. Лук'янова прозорли-

во передбачила необхідність створення в країні потужної перинатальної служби. Її мрія сьогодні стала реальністю — введення в дію 14 перинатальних регіональних центрів III рівня дало можливість знизити малюкову смертність на 15%! Продовжує розвиватись започаткований академіком О.М. Лук'яновою новий напрямок — медицина плода. Значний внесок у досягнення успіху внесли і найновіші наукові розробки вчених ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України», серед яких:

- запропонований вперше у світі новий маркер пренатальної діагностики синдрому Дауна у плода на основі визначення індексу стану його печінки;
- нові технології ультразвукової діагностики патології легень плода (з визначенням індексів відповідності розмірів легень плода терміну вагітності для діагностики гіпоплазії легень);
- пренатальна діагностика ембріофетальних вад розвитку центральної нервової системи плода у жінок груп високого ризику за допомогою сучасних методів нейровізуалізації;
- метод діагностики ранніх змін центральної нервової системи плода, спричинених нейрометаболічними порушеннями плода, за допомогою оцінки стану окремих процесів у тканинах мозку (визначення співвідношення концентрацій церебральних нейрометаболітів — N-ацетиласпартат, креатин, холін, інозитол, лактат).

В останні роки активно розвивається напрямок акушерської кардіохірургії, який є суттєвим резервом зниження материнської та перинатальної захворюваності і смертності. Згідно з Рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів, в Україні з 2013 р. спеціалізовану комплексну допомогу вагітним із тяжкою серцево-судинною патологією здійснює мультидисциплінарна команда — акушер-гінеколог, кардіохірург, неонатолог.

Як поінформував доповідач, стратегія подальшого розвитку напрямку «акушерська кардіологія» передбачає розробку принципів антенатальної охорони плода у жінок із тяжкою кардіальною патологією, створення реєстру жінок із перипартальною кардіоміопатією, удосконалення технології оперативних втручань та анестезіологічного забезпечення у вагітних із кардіохірургічною патологією.

Дуже важливим стає напрямок «онкологія та вагітність». Так, в ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» за останні 3 роки під спостереження перебували 39 онкохворих вагітних. Безперечним досягненням фахівців інституту можна вважати те, що 100% вагітностей у жінок, які отримували хіміотерапію, завершилися народженням здорових дітей.

У структурі малюкової смертності, яка в 2017 р. становила 7,5 випадка на 1000 народжених живими, значна частка (3,34 % — в абсолютній кількості 873 випадки) припала на ранню неонатальну смертність, серед основних причин якої переважали:

- вроджені вади розвитку (347 випадків);
- синдром дихальних розладів (251 випадок);
- перинатальні інфекції (151 випадок);
- сепсис, гіпоксія новонароджених (124 випадки).

Зниження цих показників можна досягти завдяки широкому впровадженню розроблених вченими інституту методів, таких як:

- діагностика внутрішньоутробного інфікування новонароджених та визначення шляхів запобігання йому на підставі цитологічних відбитків плацентарного бар'єра;
- лікування та реабілітація дітей із бронхолегеневою дисплазією;
- краніоцеребральна і тотальна гіпотермія, що дає можливість зменшити неврологічні ускладнення у новонароджених при асфіксії;
- «хірургія перших хвилин життя» — модель надання своєчасної хірургічної допомоги дітям з вітальними вадами розвитку в умовах єдиного лікувального закладу;
- удосконалення діагностики та лікування тяжких вад розвитку (атрезія стравоходу, гастрошизис, вроджена діафрагмальна кіла, омфалоцеле, гемангіоми, тератоми).

В інституті успішно запроваджується метод материнсько-фетальної хірургії, зокрема спільно з фахівцями з Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України розробляється методика внутрішньоутробних кардіохірургічних втручань при вроджених вадах серця плода.

Професор Ю. Антипкін розповів, що в інституті розпочата робота щодо створення національного катаместичного центру — складової

системи катамнетичного спостереження новонароджених та дітей віком до 3 років із ризиком розвитку соматичних і неврологічних захворювань. Це дозволить удосконалити критерії оцінки стану здоров'я передчасно народжених дітей та розробити підходи до їх реабілітації за індивідуальними програмами, підвищити якість їх лікування та діагностики захворювань на принципах доказової медицини, організувати ефективнішу профілактику дитячої інвалідності.

За період з 1994 по 2016 р. значно зросла поширеність хвороб:

- органів дихання (на 44,8 випадка на 1000 відповідного дитячого населення);
- травлення (на 18,6 випадка відповідного дитячого населення);
- вроджених аномалій (на 96,5 випадка відповідного дитячого населення);
- новоутворень (на 211,7 випадка на 1000 відповідного дитячого населення).

Як і в більшості країн світу, в Україні поширюється «епідемія» алергічних захворювань. На подолання цієї проблеми спрямовані зусилля фахівців створеного у 2015 р. при ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України» алергоцентру з діагностикою медикаментозної алергії у дітей та жінок. Серед пріоритетних завдань для розвитку дитячої алергології доповідач визначив:

- створення спеціалізованих дитячих алергоцентрів у кожній області України;
- впровадження інноваційних технологій — молекулярної алергодіагностики, методів алергенспецифічної імунотерапії (сублінгвальної), таргетної персоналізованої терапії;
- навчання спеціалістів з питань дитячої алергії в установах НАМН України.

За останні 5 років в Україні на 76,6% підвищилась захворюваність на хронічний гепатит, на 59,6% — на цироз печінки. Відзначивши здобутки Центру дитячої гепатології інституту, академік Ю. Антипкін окреслив напрямки перспективних досліджень, які там проводяться, зокрема:

- вивчення патогенетичних механізмів фіброгенезу при хронічних захворюваннях печінки у дітей;
- пошук нових ранніх маркерів фіброзу печінки;
- розробка методів лікування, спрямованих на запобігання та сповільнення фіброзу печінки;
- розробка комплексної програми НАМН України щодо запобігання, діагностики і лікування гепатитів у дітей.

Доповідач акцентував увагу аудиторії на тому, що за підтримки ЮНІСЕФ та ВООЗ в Україні впроваджена стратегія ІВХДВ, яка є стандартом надання первинної медико-санітарної допомоги дітям від народження до 5 років. Цю стратегію неодмінно слід взяти на озброєння на первинній ланці медичної допомоги, оскільки вона дозволяє:

- надавати стартову медичну допомогу дітям не тільки лікарську, але й середніх медичних працівників;
- зменшити кількість необґрунтованих госпіталізацій дітей;
- підвищити обізнаність батьків щодо первинної допомоги та профілактичних заходів у дитини;
- знизити дитячу захворюваність і смертність.

Для імплементації стратегії ІВХДВ планується розробити навчальні програми, створити відповідні обласні координаційні ради та навчальні центри.

Важливою складовою педіатричної служби, як наголосив промовець, є моніторинг стану здоров'я дітей — його ефективність залежить від належного контролю, сучасної методології збору інформації, відповідного лікарського професіоналізму. Ю. Антипкін поінформував, що Україна стала одним з небагатьох міжнародних учасників, які виконали дослідження в рамках програми ВООЗ «Діти 90-х років» — наразі продовжується обробка інформації, отриманої в результаті 18-річного широкомасштабного епідеміологічного спостереження, яке охопило 7500 вагітних та народжених у них дітей. На думку доповідача, ці дослідження дадуть можливість визначити обсяг стратегічних заходів з боку законодавчих та виконавчих органів влади, дозволять цілеспрямовано зосередити зусилля організаторів охорони здоров'я на вирішенні нагальних проблем медицини дитинства та обґрунтовано використовувати фінансові ресурси.

Ще один міжнародний проект, в якому беруть участь вчені інституту, це європейська програма «Горизонт 2020» — в її рамках заплановані «Трансляційні дослідження в педіатрії» з розробки лікарських препаратів саме для дітей.

Серед головних пріоритетів у медицині дитинства, як наголосив доповідач, — вакцинопрофілактика інфекційних захворювань. На жаль, сьогодні серед трьох невакцинованих дітей європейського регіону дві дитини — з України. Тому потрібно використовувати всі можливості, в тому числі засоби масової інформації, щоб переконати батьків і все суспільство в необхідності вакцинопрофілактики.

Узагальнюючи сказане, академік Ю. Антипкін визначив основні стратегічні завдання в галузі охорони здоров'я дітей та жінок в Україні на наступні 5 років:

- забезпечення високоякісної спеціалізованої допомоги дітям, вагітним і жінкам-породіллям;
- зниження материнської та малюкової смертності;
- збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінок;
- розробка нових методів профілактики, діагностики та лікування найбільш поширеної соматичної та вродженої патології у дітей;
- впровадження новітніх технологій реабілітації дітей із психосоматичними проявами.

За його словами, з напрямку удосконалення організації вітчизняної служби охорони здоров'я дітей та жінок буде завершено обробку великого масиву інформаційних показників впливу факторів макро- та мікросоціуму на стан здоров'я жінок і дітей різних регіонів України та визначено першочергові завдання у сфері охорони материнства і дитинства та шляхи їх вирішення в умовах нової медичної реформи.

Для розвитку перинатальної служби в країні заплановано через постійнодіючий телемедичний портал забезпечити безперервний зв'язок із перинатальними центрами та дитячими відділеннями медичних установ різного рівня з метою надання консультативної допомоги та здійснення навчального процесу для лікарів.

Також буде створено державний катамнетичний центр для виходження та реабілітації глибоко недоношених дітей з використанням системи eHealth для зв'язку з усіма регіональними перинатальними центрами III рівня та дитячими обласними лікарнями.

З метою зниження дитячої захворюваності та смертності дітей віком до 5 років разом з обласними департаментами охорони здоров'я необхідно масштабно впровадити систему ІВХДВ, а також нові технології саплементатії з метою профілактики дефіциту життєво важливих біологічних речовин для дітей та їх матерів.

Важливо продовжувати створення національних науково-методичних та практичних центрів з метою вирішення нагальних проблем збереження здоров'я дітей та запобігання їх інвалідизації, наприклад «Центру орфанних хвороб».

Для підвищення професійного рівня українських педіатрів необхідно долучитися до організації безперервної медичної освіти в рамках міжнародної системи сертифікації.

Завершуючи доповідь, академік Ю. Антипкін особливу увагу приділив важливості підняття престижу професії дитячого лікаря. Він оприлюднив інформацію про те, що на сьогодні кількість дитячих лікарів скоротилася до 7,9 тис. осіб, вакантними залишаються майже 2,5 тис. посад педіатрів, а третина педіатрів — пенсійного та глибоко пенсійного віку (на первинній ланці цей показник ще вищий). Безпеченість дитячими лікарями становить 2,1 на 10 тис. дитячого населення, що значно менше, ніж у Європі. Негативною тенденцією є і зменшення кількості студентів, які забажали стати педіатрами: у 2017 р. їх було 780 осіб, а у 2018 р. — лише 292 особи.

## ГРЗ — проблеми профілактики та лікування



Захворювання респіраторного тракту — найпоширеніша патологія дитячого віку і, відповідно, найчастіша причина звернень до педіатрів. Тому цілком закономерно, що значну увагу аудиторії привернув Симпозіум на тему «Сучасні клінічні рекомендації з лікування респіраторної патології у дітей», який дав старт науковій програмі конференції. Її відкрила доповідь віце-президента Асоціації педіатрів України, академіка НАМН України, професора кафедри педіа-

трії № 4 НМУ імені О.О. Богомольця, доктора медичних наук **Віталія Майданника**, присвячена раціональній терапії гострих респіраторних інфекцій. З позицій впливу на патогенетичні механізми ураження трахеобронхіального дерева та спираючись на висновки метааналізів відповідних наукових досліджень промовець обґрунтував доцільність використання при цій патології комбінованого препарату, до складу якого входить гвайфенезин, бромгексину гідрохлорид та сальбутамолу сульфат. Наведені промовцем дані свідчать про те, що регулярне застосування муколітиків дозволяє зменшити тривалість захворювання, частоту загострень, скоротити тривалість прийому антибіотиків. Встановлено, що за наявності бронхіальної обструкції застосування  $\beta_2$ -агоністів у дітей та дорослих здатне зменшувати вираженість симптомів гострого бронхіту, в тому числі кашель, а також покращувати прохідність повітряного потоку дихальних шляхів.

У доповіді, представленій у рамках секційного засідання «Проблемні питання педіатрії», академік В. Майданник висвітлює питання лікування дітей з ускладненими ГРЗ, приділивши основну увагу сучасним рекомендаціям з антибактеріальної терапії позалікарняної пневмонії, яка залишається провідною інфекційною причиною смерті серед дітей віком до 5 років.

Сучасні підходи до терапії при ГРЗ у дітей з позиції доказової медицини знайшли своє відображення в доповіді наукового керівника відділення дитячої пульмонології та алергології ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», доктора медичних наук **Олени Речкіної**. За її словами, вибір терапевтичної тактики при гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ) визначається насамперед тим, що вони залишаються малоконтрольованими інфекціями. На сьогодні не існує препаратів для їх етіотропного лікування з доведеною противірусною ефективністю — винятками є лише інгібітори нейрамінідази при грипі. У педіатричній практиці вибір етіотропних препаратів ускладнюється вузьким спектром дозволених ефективних і безпечних засобів. Згідно з останніми рекомендаціями, основна терапевтична тактика при неускладнених формах ГРВІ повинна бути спрямована на купірування основних симптомів і розроблення та впровадження в практику препаратів з іншим механізмом дії.

Доповідач ще раз нагадав колегам, що при лікуванні пацієнтів із ГРВІ не слід призначати антибіотики, парові та аерозольні інгаляції, антигістамінні препарати (за відсутності у дитини алергії). Дані доказової літератури свідчать про те, що вітамін С не впливає на перебіг ГРВІ. Не рекомендований прийом римантадину чи амантадину у зв'язку з доведеною резистентністю вірусу грипу до цих препаратів. Як поінформувала промовець, при лікуванні ГРВІ у дітей найбільшу доказову базу мають сольові розчини для туалету порожнини носа, гречаний мед і комбінований препарат, що містить екстракти ехінацеї, туї та баптизії. На підтвердження високої терапевтичної ефективності та безпеки вищенаведеного рослинного препарату при ГРВІ у дітей О. Речкіна навила дані численних вітчизняних та закордонних досліджень, які продемонстрували дозозалежне прискорення видужання та зменшення вираженості симптомів захворювання при його застосуванні.



Провідний спеціаліст відділення проблем алергії та імунореабілітації дітей ДУ «ПАГ НАМН України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Дитяча алергологія», доктор медичних наук, професор **Тетяна Уманець** детально охарактеризувала особливості етіології та патогенезу вірус-індукованої гіперреактивності бронхів та поділилася зі слухачами власним досвідом лікування обструктивних захворювань у дітей. Доповідач

акцентувала увагу на тому, що:

- респіраторні віруси — головні етіологічні чинники загострення бронхіальної астми (БА) і гострих обструктивних бронхітів у дітей;

- дефіцит вродженої противірусної відповіді та генетичні фактори визначають схильність до розвитку вірус-індукованої обструктивної патології у дітей;
- противірусна та імунomodуюча стратегії лікування вірус-індукованих обструктивних захворювань є основою сучасних наукових досліджень для розробки ефективного менеджменту даної патології;
- власні дослідження доповідача демонструють високу клінічну ефективність та високий профіль безпеки препарату, що містить екстракт ехінацеї, туї та баптизії, у хворих з БА та ГРВІ — імунomodуючий ефект препарату пов'язаний з активацією мукозального імунітету дихальних шляхів (підвищення кількості CD56+ клітин, макрофагів, концентрації імунoglobулінів та лізоциму), що клінічно супроводжується більш швидким регресом катаральних явищ та зниженням ризику загострень БА.



Продовжуючи підняту тему лікування ГРВІ та грипу у дітей, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Сергій Крамарів** на початку своєї доповіді поінформував про те, що епідемічний сезон цих захворювань у 2017–2018 рр. характеризувався середньою інтенсивністю та домінуванням в циркуляції вірусів грипу типу В. Зареєстровано 5,7 млн. випадків, з яких 67,8% становили діти віком до 17 років, лабораторно були підтверджені 7 летальних випадків — з них 4 дітей (жоден з померлих не був щеплений проти грипу). В прогнозі на сезон 2018–2019 рр. передбачають циркуляцію наступних штамів вірусу грипу:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09 — подібний вірус;
- A/Singapore/INFIMH/2016 (H3N2) — подібний вірус;
- B/Colorado/06/2017 — подібний вірус.

Останні два штами є відносно новими для нашої країни, тому вважають, що рівень захворюваності буде вищим. Не виключений також більш ранній початок епідемії — вже наприкінці жовтня. Промовець ознайомив колег з оновленими у 2018 р. рекомендаціями CDC (Centers for Disease Control and Prevention — Центри контролю та профілактики захворювань, США) щодо лікування грипу, зокрема з особливими вказівками при призначенні інгібіторів нейрамінідази (в Україні зареєстровані озельтамівір та занамівір), а саме:

- для старту противірусної терапії не слід очікувати лабораторного підтвердження діагнозу грипу;
- противірусну терапію необхідно починати якомога раніше (в перші 48 год від початку захворювання), але при пізній госпіталізації пацієнта вона може починатись і через 4–5 днів;
- у вагітних найвищий ефект досягається при призначенні противірусної терапії в перші 3 дні від початку захворювання, рекомендованим препаратом є озельтамівір;
- інгібітори нейрамінідази можуть бути ефективними і при нетяжкому, неускладненому перебігу грипу;
- у пацієнтів, що мають показання до призначення противірусної терапії, але за різних причин не госпіталізовані, слід застосовувати озельтамівір;
- для озельтамівіру підтверджений ефект при тривалості терапії продовж 5 днів;
- подовження терапії до 10 днів можливе у пацієнтів з імунodefіцитами (деякі дослідники рекомендують подвійну дозу озельтамівіру — 150 мг 2 рази на добу);
- можлива резистентність до озельтамівіру (в 2008–2009 рр. резистентність в Норвегії становила 70%, у Франції — 17%, у Великій Британії — 5%);
- не рекомендується рутинна профілактика грипу інгібіторами нейрамінідази;
- для профілактики грипу інгібітори нейрамінідази показані: пацієнтам з групи ризику, що отримали щеплення проти грипу, але контакт з хворим відбувся в перші тижні після щеплення; особам з групи ризику, що мають протипоказання до щеплення та були в контакті з хворим; щепленим пацієнтам, які мають тяжкий імунodefіцит.

## Хронічний кашель — коли і як лікувати



Характеризуючи сучасні підходи до лікування кашлю у дітей та підлітків, завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Галина Бекетова**, в першу чергу, зупинилася на найбільш розповсюджених проблемах, які виникають у педіатрів при призначенні терапії ГРЗ та кашлю, зокрема відзначила:

- неправильний підхід до тактики лікування — надмірне захоплення

при ГРВІ антибіотиками та блокаторами H<sub>1</sub>-рецепторів;

- недооцінка ризику БА при повторних епізодах бронхообструктивного синдрому (БОС);
- акцент на симптоматичну, а не патогенетичну терапію ГРВІ.

Доповідач наголосила, що за відсутності контролю запалення, яке лежить в основі формування будь-якого симптому ГРЗ, збільшується навантаження на лікаря внаслідок повторних візитів до пацієнтів та підвищуються матеріальні витрати родини на лікування. Помилкою є і призначення лікарських засобів за принципом «А що у вас є в аптечці?», коли лікар, намагаючись зменшити вартість лікування, замість потрібної терапії рекомендує вже наявні в домашній аптечці препарати.

Основну увагу професор Г. Бекетова приділила обґрунтуванню раціональної патогенетичної терапії у пацієнтів із кашлем при ураженні нижніх дихальних шляхів із застосуванням комбінованих препаратів, в тому числі згаданий академіком В. Майданником комбінації гвайфенезину, бромгексину гідрохлориду та салбутамолу сульфату. Дані закордонних та вітчизняних досліджень підтверджують дієвість цього препарату щодо скорочення термінів хвороби, зменшення необхідності в антибіотиках. Це дозволило Національній раді експертів з респіраторної патології в резолюції з питань оптимізації надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями дихальних шляхів (травень 2018 р.) рекомендувати початкову мукоактивну терапію із застосуванням «комбінації бромгексину, гвайфенезину, салбутамолу для одночасного впливу на основні ланки патогенезу, налаштування ефективної евакуації мокротиння з дихальних шляхів».

За словами доповідача, не слід також забувати, що наявність тривалого кашлю після перенесеного ГРВІ може бути клінічним маркером, який свідчить про гіперреактивність бронхів і потребує подальшого діагностичного пошуку, а в разі необхідності — ранньої діагностики БА. При підозрі на БА у дітей віком до 5 років, відповідно до чинного клінічного протоколу (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей», наказ МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868 — прим. ред.), слід призначати своєчасну пробну терапію інгаляційними кортикостероїдами (ІКС) або антилейкотрієновими препаратами для профілактики ремодельовання бронхів і формування незворотних змін у легенях.

У доповіді з красномовною назвою «Фокус на лікування кашлю: терапевтична звичка лікаря чи необхідність?» доцент кафедри педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, кандидат медичних наук **Наталія Сінчук** ознайомила колег з дещо неочікуваними результатами проведеного за її участю анкетування 1000 лікарів первинної ланки медичної допомоги — педіатрів (62%), сімейних лікарів (23%), терапевтів (14%) та пульмонологів (1%) з різних регіонів України. На запитання «При яких захворюваннях дихальних шляхів муколітики є препаратом вибору?» 34% респондентів відповіли «при пневмонії», 53% — «при бронхіті», 13% — «при ГРВІ», водночас «при кашлі» муколітики призначали 100% лікарів. Найчастіше для лікування за наявності кашлю застосовували ацетилцистеїн, амброксол та гіпертонічний розчин NaCl. Результати опитування свідчать, що при призначенні лікування пацієнтам з кашлем лише половина респондентів користувалися відповідними клінічними протоколами — Уніфікованими клінічними протоколами первинної медичної допомоги «Кашель у дорослих» (наказ МОЗ України

від 08.06.2015 р. № 327), «Кашель у дітей віком від шести років» (наказ МОЗ України від 08.06.2015 р. № 327), «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (наказ МОЗ України від 12.05.2016 р. № 438).

Щодо шляхів введення протикашльових препаратів, то більшість опитаних надавали перевагу пероральному (87%) або інгаляційному (74,5%) шляхам введення, але кожен десятий призначав ці препарати внутрішньовенно чи внутрішньом'язово. На переконання доповідача, адресна інгаляційна доставка ліків є гарантією швидкого та ефективного результату терапії за наявності кашлю з мінімальними ризиками розвитку побічних реакцій. Більш детально Н. Сінчук зупинилася на перевагах інгаляційного застосування при цій патології комбінації гіпертонічного розчину NaCl з гіалуроновою кислотою, а також відзначила доцільність застосування антисептичних властивостей розчину декаметоксину при кашлі інфекційної природи, противірусної та протиалергічної дії амінокапронової кислоти при кашлі на тлі ГРВІ.

## Рання діагностика та сучасні рекомендації щодо лікування пацієнтів із БА та алергічним ринітом

Порушена тема ранньої діагностики БА знайшла продовження в доповіді завідувача кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора **Олени Охотнікової** «Алергічний риніт і бронхіальна астма у дітей: складний шлях діагностики та лікування». Промовець акцентувала увагу на значній поширеності алергічної патології, яка набула характеру пандемії, та її недостатній діагностиці у дітей раннього віку. На підтвердження професор навела результати проведеного шведськими педіатрами дослідження BAMSE, в якому у майже 3 тис. дітей простежили від моменту народження до 18 років за розвитком найпоширеніших алергічних захворювань — БА, алергічного риніту (АР) та atopічного дерматиту. У віці до 1 року БА діагностовано у 2% дітей, аналогічна частота спостерігалась і у АР, але у віці до 12 років сумарна частота всіх трьох захворювань перевищила 60%. На думку професора О. Охотнікової, це свідчить про те, що алергія з боку дихальних шляхів становить єдиний алергічний респіраторний синдром, поєднаний спільною морфологією, функцією та концепцією запалення.

У ранньому дитинстві перебіг АР частіше відбувається під маскою повторних епізодів ангіни або ГРВІ, що є причиною несвоечасної діагностики та невідповідного лікування за допомогою повторних курсів антибіотикотерапії. Доповідач звернула увагу на те, що хронічний кашель, про який йшлося у попередніх доповідях, — найчастіший симптом АР чи риносинуситу у дітей, що виникає внаслідок постназального затікання слизу і подразнення гортані та глотки. У дітей віком до 6 років до АР часто приєднується коморбідна патологія — перш за все — це БА, а також кон'юнктивіт, неінфекційний риносинусит, гіперплазія аденоїдних вегетацій та мигдаликів, обструктивне апное уві сні, середній серозний отит, розлади сну, підвищена втомлюваність і проблеми з навчанням.

Характеризуючи реальну клінічну практику щодо БА, промовець відзначила існування значного розриву між призначеннями лікарів та основними положеннями міжнародних та національних рекомендацій. Повсюдно трапляється небажання лікарів установлювати діагноз БА, страх перед діагнозом у батьків, стероїдофобія, непризначення пробного лікування, яке рекомендоване діючим клінічними протоколом.

Професор наголосила, що згідно з результатами дослідження BAMSE, саме БА (а не хронічний бронхіт!) є найчастішим хронічним захворюванням органів дихання у дітей. В останні роки ця патологія «різко помолодшала» — у 70–80% дітей дебют БА припадає на перші 5–6 років, а у 15–20% вона починається у віці до 1 року! Асоціацію БА з АР та/чи atopічним дерматитом (алергічний «марш») відзначають у 38% випадків в осіб віком до 1 року і у 67% — до 12 років. У ранньому дитинстві це захворювання частіше проявляється повторними епізодами обструктивного бронхіту.

Відповідно до сучасних рекомендацій GINA (Global Initiative for Asthma — Глобальна ініціатива з боротьби з бронхіальною

астмою), при уточненні ознак імовірної БА у дітей віком до 5 років слід враховувати:

- повторний або непостійний непродуктивний кашель, особливо вночі, або якщо він супроводжується свистячими хрипами та утрудненням дихання;
- кашель після фізичного навантаження, сміху, плачу або контакту з тютюновим димом за відсутності наявних ознак ГРВІ;
- тривалий кашель у віці до 2 років навіть без наявності свистячого дихання;
- повторні епізоди wheezing, в тому числі під час сну або після дії тригерів;
- знижену активність — дитина не бігає, не грається і не сміється з тією ж інтенсивністю, як інші діти; на прогулянці раніше проситься в коляску (бажає, щоб його несли чи везли);
- наявність в індивідуальному та сімейному анамнезі інших алергічних захворювань (атопічного дерматиту, АР, БА) у родичів першої лінії спорідненості;
- результати пробної терапії ІКС у низьких дозах — клінічне покращення протягом 3 міс контролюючої терапії та загострення після припинення лікування.

Як свідчать результати вітчизняних досліджень (Коцур Л.Д., 2010 р.), недиагностована БА наявна у 3% дітей віком 7–14 років (що майже в 2,7 рази перевищує офіційні дані), перебіг її частіше відбувається під «маскою» гострого ларинготрахеїту, ринофарингіту, гострого бронхіту, ГРВІ. Доповідач закликала колег пам'ятати про те, що домінуючий БОС на тлі нормальної температури тіла не може бути проявом пневмонії!

Особливостями клінічного перебігу БА у підлітків є можлива тимчасова позитивна динаміка клінічної симптоматики, яка може призводити до помилкових діагнозів. Підвищення рівня андрогенів у хлопчиків-підлітків може супроводжуватися зниженням ІgE і полегшувати перебіг хвороби, але цього не відбувається за наявності вираженої вегетативної дисфункції. Саме в цій віковій групі спостерігається найнижчий комплаєнс — 57,5% підлітків з БА відвідують лікаря не частіше одного разу на рік.

Детально охарактеризувавши ключові ланки патогенезу ремоделювання бронхів при БА, промовець зосередила увагу на раціональній терапії із застосуванням препаратів, які забезпечують контроль за перебігом БА — інтраназальних кортикостероїдів (мометазону фуруат) та антилейкотрієнової терапії (монтелукаст).

Користуючись нагодою, професор О. Охотнікова запросила присутніх взяти участь у конференції, присвяченій 100-річчю ювілею НМАПО імені П.Л. Шупика та 100-річчю кафедри педіатрії № 1, яка відбудеться 15–16 листопада нинішнього року.

Про переваги небулайзерної терапії при загостренні БА у дітей розповіла професор Т. Уманець. Розглянувши лікування при загостренні БА як безперервний процес, який починають ще батьки дитини згідно з письмовим (!) планом самопомочі, продовжується на амбулаторному та стаціонарному етапах (при тяжкому життєзагрозовому стані), доповідач наголосила, що в період загострення БА саме небулайзерна терапія — найефективніший метод доставки лікарських препаратів у формі аерозолу в дихальні шляхи, оскільки вона:

- не потребує координації вдиху з інгаляцією препарату;
- легко доступна дітям, людям похилого віку, ослабленим хворим, оскільки не потребує форсованого дихального маневру;
- дозволяє підключити контур для кисню та контур для штучної вентиляції легень;
- в розчинах, які використовують для небулізації, відсутні фреони та інші пропеленти;
- режим «високих доз» — введення дози, яка не може бути досягнута при застосуванні дозованих інгаляторів;
- високий терапевтичний ефект, особливо в період тяжкого загострення (пришвидщення метаболізму препарату).

### Ацетонемічний синдром

Актуальність проблеми діагностики та лікування синдрому ацетонемічного блювання зумовлена не стільки його поширеністю, що в Україні серед дітей віком до 12 років становить 4–6%, скільки тим, що, за інформацією професора Г. Бекетової, близько половини цих хворих потребують стаціонарного лікування із проведенням парентеральної регідратації, а в дорослому віці у них значно підвищується ризик соматичних захворювань, зо-

крема цукрового діабету (ЦД), сечокам'яної та жовчокам'яної хвороби, психоневрологічної патології. Хоча Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) не виокремлює цей стан як нозологічну одиницю, але в розділі XVIII під рубрикою R11 вказана «нудота і блювання», R82.4 — «ацетонурія», а в підрубриці G43.A1 — «синдром циклічного блювання». Діагностичний алгоритм ацетонемічного синдрому повинен включати:

- загальний аналіз крові розгорнутий;
- загальний аналіз сечі, визначення в сечі кетонів та глюкози;
- аналіз крові на глюкозу;
- біохімічний аналіз крові — загальний білок, альбуміни, білірубін та його фракції, сечовина, сечова кислота, аланінаміно-трансфераза, аспартатаміно-трансфераза, гамма-глутаміл-транспептидаза;
- копрограму;
- інше (для диференційної діагностики).

При виявленні кристалурії рекомендоване дослідження дробової екскреції солей з сечею та спостереження нефрологом, за наявності мігреноподібного болю — проведення електроенцефалографії з картуванням ділянок головного мозку і спостереження неврологом, при обтяженості ЦД сімейного анамнезу — визначення глюкози в крові (2 рази на рік) та спостереження ендокринологом. Доповідач заголосила увагу колег на тому, що виникнення синдрому не пов'язано з патологією підшлункової залози, а відбувається, перш за все, внаслідок ураження печінки, коли знижена активність певних ферментних систем, що відповідають за енергетичний обмін, призводить до надмірного синтезу кетонівих тіл.

Тактика ведення дітей з ацетонемічним синдромом у період кризи має включати:

- симптоматичні препарати: протиблювотні засоби — блокатори серотонінових 5-HT<sub>3</sub>-рецепторів (ондансетрон);
- активну регідратацію із застосуванням патогенетично обґрунтованих розчинів;
- високоенергетичну дієту — BRAT (banana, rice, apple sauce, toast — банани, рис, пюре з печеного яблука, підсушений хліб), BRATT (BRAT + tea — дієта BRAT + чай), BRATTY (BRATT + yogurt — дієта BRATT + йогурт), лікувальні продукти;
- метаболічну корекцію.

У міжкризовий період рекомендується уникати провокуючих факторів, дотримуватися режиму сну та відпочинку, уникати необґрунтованої терапії, зокрема лікарських засобів, що метаболізуються через систему цитохромів P450.

За словами промовця, особливу увагу потрібно звертати на симптоми тривоги, що свідчать про високий ризик виникнення ЦД:

- ацетонемічні (ацетонурічні) кризи у віці до 1 року;
- епізоди ацетонемічного блювання, що повторюються частіше 3 разів на рік;
- наявність ЦД в анамнезі.

При поєднанні всіх трьох симптомів ризик ЦД — дуже високий, і цим дітям потрібно раз на 6 міс проводити визначення глікозилюваного гемоглобіну.

Професор Г. Бекетова наголосила, що лікар повинен якомога раніше встановити діагноз захворювання, яке стало причиною ацетонемічного синдрому, визначити прогноз вірогідності рецидивів та підходити до їх ефективної корекції. Також необхідно враховувати, що ці діти мають дуже низький рівень ферменту алкогольдегідрогенази, що підвищує ризик виникнення в майбутньому алкогольної залежності (навіть при вживанні слабоалкогольних напоїв).

### Вплив екологічно несприятливого довкілля на стан здоров'я дітей

Невблаганні статистичні дані про те, що в останні роки здоров'я українських дітей продовжує погіршуватись, а справжніх лікарів-професіоналів, які мають піклуватися про його збереження, стає дедалі менше, навіть у своїй доповіді член-кореспондент НАМН України, головний спеціаліст Відділу освіти та науки МОЗ України, завідувач кафедри педіатрії № 2 НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Олексій Волосовець**. За його словами, протягом двох останніх десятиріч звертають на себе увагу найвищий приріст поширеності у дітей:

- новоутворень (+211,7%);
- хвороб ендокринної системи (+164,4%);
- хвороб системи кровообігу (+116,3%);
- хвороб сечової системи (+105,5%);
- уроджених аномалій, деформацій та хромосомних аномалій (+96,5%);
- хвороб вуха та соскоподібного відростка та хвороб органів дихання (+47,7%);
- хвороб органів дихання (+44,8%).

На кожну дитину щорічно припадає до 2 випадків хронічного захворювання, 1,3 рази дитина хворіє на гостру патологію — переважають хвороби органів дихання (51%), органів травлення (6,96%), хвороби ока (5,4%), ендокринна патологія (4,34%), хвороби кістково-м'язової системи (3,97%) та серцево-судинні хвороби (2,02%).

Вкрай серйозною є демографічна ситуація: в останній рік народжуваність порівняно з довоєнним періодом зменшилася з близько півмільйона до 364 тис. дітей — тепер лише кожне третє домогосподарство в Україні має дитину, а в таких регіонах, як Луганський та Запорізький, — лише кожне четверте. Понад 1 млн дітей, за даними ЮНІСЕФ, постраждали внаслідок бойових дій на Донбасі, загинули 242 дитини, а ще 186 зазнали поранень.

Найбільш незадовільні показники стану здоров'я дитячого населення відзначають у регіонах, які належать до територій радіоекологічного контролю (ТРК) — в Київській області, м. Києві, Івано-Франківській, Житомирській, Чернігівській та Черкаській областях, а також у промислових областях — Дніпропетровській, Запорізькій, Харківській. За інформацією доповідача, порівняно з іншими регіонами в областях з ТРК відзначено найбільший приріст захворюваності та поширеності хвороб органів дихання, травлення, новоутворень, ендокринної патології, хвороб кровообігу. Деяке зменшення серцево-судинних хвороб до 9,1 випадку на 1000 дітей, за припущенням промовця, може бути пов'язане з погіршенням діагностики цієї патології внаслідок зменшення кількості педіатрів та дитячих кардіологів, яких на сьогодні залишилося лише 260 на всю країну.

Професор О. Волосовець звернув увагу на те, що частота вроджених аномалій розвитку виявилася більшою у промислово розвинених екоотоксичних регіонах — Запорізькому та Харківському. Біля ¼ від загальної кількості вроджених аномалій становлять вроджені вади серця — у 2017 р. їх зареєстровано дещо менше, але вони стали тяжчими, більш комбінованими і частіше супроводжуються хронічною серцевою недостатністю.

Вкрай негативною є тенденція до зменшення обсягів підготовки студентів-педіатрів у медичних закладах вищої освіти на тлі низької укомплектованості дитячими лікарями, особливо в південних і східних областях (Кіровоградська, Миколаївська, Херсонська, Луганська і Донецька), де працює лише ¾ від потреби педіатрів, не кажучи вже про зону АТО.

На переконання доповідача, найбільший за останні 22 роки приріст новоутворень, хвороб ендокринної системи, сечової системи, системи кровообігу, кістково-м'язової системи, уроджених аномалій, хвороб органів дихання, який спостерігається на територіях, забруднених внаслідок аварії на ЧАЕС, та у великих промислових регіонах, потребує створення відповідних дитячих центрів, забезпечених відповідним оснащенням і медичними кадрами. «Країні потрібні дитячі лікарі!», — проголосив О. Волосовець.

## Здоров'я дітей в епоху цифрових технологій

Багато хто з педіатрів впевнений, що за негативним впливом на дитяче здоров'я сучасні інформаційні навантаження не поступаються екологічному забрудненню. Які проблеми постають перед дітьми, радіус фізичної активності яких скоротився на 90%, а оточуючий світ стиснувся до розмірів смартфона — це питання запропонувала обговорити доцент кафедри фундаментальної медицини Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка, кандидат медичних наук **Наталія Молочек** у доповіді «Цифрове покоління: радіти чи хвилюватися?». За її словами, до позитивних ефектів від використання гаджетів можна віднести:

- зростання швидкості реакції на зорові сигнали;
- пристосування мозку до швидкої обробки щоденних потоків інформації;

- стрімке зростання середнього IQ — нові технології розвивають мозок подібно до головоломок або вивчення нових мов;
- «інтернетоголіки» швидше знаходять вихід із будь-якої складної ситуації в повсякденному житті, оскільки відшукуючи потрібну інформацію в інтернет-мережі, вони тренують мозкові центри, пов'язані з прийняттям рішень та логікою. Серед негативних факторів використання гаджетів:
- зменшення здатності до концентрації уваги, відривчастість мислення, значне зменшення ділянки мозку, яка відповідає за абстрактне мислення;
- мозок втрачає базові механізми, які управляють контактами з іншими людьми, стає важче «зчитувати» чужу міміку під час бесіди або вгадувати емоцію;
- хайтек-революція занурює людину в стан розсіяної уваги, коли вона стежить за всім одразу, не намагаючись на чомусь зосередитись;
- надмірна багатозадачність посилює стрес та дефіцит уваги, роблячи роботу менш ефективною;
- пам'ять стає поверхневою та короткотривалою, комп'ютер та інтернет стають для людини своєрідним «протезом» пам'яті;
- тривале занурення у цифровий світ викликає особливу перетому — через декілька годин перебування в мережі людина починає робити помилки, а перед виходом із мережі відчуває втому і дратівливість — це нова форма стресу, яку назвали «техногенним виснаженням мозку». У 2017 р. міжнародна робоча група погодилася консенсус щодо впливу гаджетів на дітей при їх надмірному застосуванні, в якій увійшло 10 основних висновків:

1. Це шкодить фізичному здоров'ю:

- погіршується зір — постійне вдивання в екран призводить до короткозорості та сухості ока;
- тривале перебування у вимушеній позі з нахилом голови до низу викликає порушення постави — особливо страждає шийний відділ хребта, навантаження на який збільшується в 14,5 рази;
- тривале тримання гаджета в руках та одноманітні рухи пальцями по екрану можуть стати причиною патології кистей (тунельного синдрому);
- можливі порушення координації між сигналами мозку та рухами рук;
- може виникати ожиріння.

2. Це впливає на взаємовідношення між дитиною та її батьками — неминує скорочується час, проведений разом, страждає спілкування; виникає «віртуальний аутизм», синдром гіперактивності з дефіцитом уваги.

3. Це може викликати залежність — планшети та смартфони не вчать дітей самоконтролю, а навпаки — дають можливість не обмежувати себе у своїх бажаннях, що викликає залежність, подібну до наркотичної.

4. Це провокує дитячі істерики — гаджети на дають дитині можливості сформувати внутрішні механізми саморегуляції.

5. Це погіршує сон — призводить до труднощів із засинанням, порушенням нічного сну, зміщення циркадних ритмів та порушень циклу сон-неспання.

6. Це викликає складнощі в навчанні:

- такі діти гірше навчаються, у них погіршується увага, вони не можуть зосередитися, можуть виникати проблеми з пам'яттю, уявою, фантазією;
- страждають розумові процеси, які підміняються готовими відповідями віртуальної реальності;
- знижується мотивація до навчання.

7. Це не розвиває навичок спілкування — онлайн-спілкування не дає можливості бачити обличчя людини, її міміку, жести, які можуть багато розповісти про емоції — це не дає можливості розвивати соціальні навички, необхідні для успішної взаємодії між людьми.

8. Це може викликати психічні відхилення — можуть виникати депресії, неврози, підвищена тривожність, відсутність прихильності до батьків. Невідповідна віку легкодоступна інформація в мережі може призводити до психозу, порушень поведінки, раннього статевого потягу. При спілкуванні в мережі є можливість наштотхнутися на психічно хворих людей, педофілів.

9. Це підвищує дитячу агресивність — комп'ютерні герої не відчують реального болю та страждань, їм не потрібно співчувати — більшість комп'ютерних ігор породжують дитячу жорстокість.

10. Це призводить до соціальної тривожності — діти починають відчувати тривожність у ситуаціях, які потребують живого спілкування — вони не знають, як почати розмову, як підтримати бесіду, як вести себе в оточенні незнайомих людей, що часто викликає страх, невпевненість в собі, нервозність.

Для запобігання негативній дії гаджетів потрібно обмежувати час їх використання (дітям віком до 6 років — не більше 20 хв, 6–8 років — до 30–40 хв, 9–11 років — до 1–1,5 год, 11–18 років — до 2 год). Доповідач також навила рекомендації Швейцарського федерального управління суспільної охорони здоров'я щодо зменшення негативного впливу електромагнітного опромінення смартфонів на організм людини та принципи терапії при синдромі гіперактивності з дефіцитом уваги. Серед проблем лікування цього розладу в Україні Н. Молочек назвала:

- недостатню кількість спеціалістів, які володіють навичками соціальної терапії;
- з усіх препаратів, які застосовують за кордоном, в нашій країні зареєстровано лише метилфенідат;
- необґрунтоване призначення препаратів нейрометаболическої дії — ноотропів (не мають доведеної ефективності) та нейролептиків (мають високу частоту побічної дії).

Завершуючи доповідь, промовець внесла ряд пропозицій щодо підвищення обізнаності педіатрів із питань психосоматичної та пограничної патології, необхідності спільного обговорення проблем ведення дітей із порушеннями адаптації, адиктивними та іншими формами девіантної поведінки з неврологами та психіатрами, в тому числі в рамках наукових форумів (секція психології та неврології на Конгресі педіатрів).

### Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА): сучасні рекомендації з лікування



Професор **Л. Омельченко** детально розглянула найбільш актуальні питання оптимізації терапії ЮІА — патології, яка за поширеністю займає перше місце у структурі ревматичних захворювань у дітей і протягом перших 3–5 років хвороби призводить до інвалідності у 30–50% пацієнтів.

Доповідач наголосила, що прийнята у світі Концепція терапії «досягнення цілі лікування» — «treat to target» — дозволяє значно підвищити ефективність лікування

пацієнтів із ЮІА, поліпшити їх якість життя та прогноз. Ця Концепція може бути реалізована за умов ранньої діагностики хвороби, чіткого визначення та обговорення з батьками і хворою дитиною терапевтичної стратегії і тактики, своєчасного призначення хворобо-модифікуючих протиревматичних препаратів (ХМПП), в тому числі біологічної терапії — генно-інженерних біологічних препаратів (ГБП). Рекомендується постійне моніторування ефективності терапії (1 раз на 3 міс), за необхідності — її корекція, а також імплементація в лікувальний процес персоналізованого підходу з урахуванням окремих клінічних субтипів ЮІА та коморбідних станів.

В Україні, як поінформувала професор Л. Омельченко, здійснено цілу низку організаційних заходів для підвищення ефективності медичної допомоги хворим на ЮІА:

- затверджено уніфіковані клінічні протоколи надання допомоги пацієнтам з ювенільним артритом (2012 р.) та ревматоїдним артритом (2014 р.);
- створені й успішно працюють пацієнтські організації «Радість руху», «Рух без обмежень»;
- зареєстровані ГБП для застосування у дітей (тоцилізумаб, адалимумаб, етанерцепт);
- затверджені та працюють державні програми (МОЗ України, НАМН України, регіональні) щодо фінансування закупівель біологічних препаратів для хворих на ЮІА;
- для моніторування ефективності та безпеки ГБП створено Національний реєстр хворих на ЮІА/ревматоїдний артрит, які отримують біологічну терапію.

Особливу увагу промовець приділила окремим положенням нової стратегії біологічної терапії:

- доведено, що рання позитивна відповідь на ГБП забезпечує більш сприятливі та довгострокові наслідки ЮІА, тому обговорюється можливість старту ГБП вже на етапі призначення пацієнтам ХМПП;
- при первинній або вторинній (пов'язаній із появою в організмі нейтралізуючих антитіл) неефективності біологічних препаратів можна рекомендувати підвищення дози ГБП, а у разі подальшої відсутності ефекту — заміну препарату; супутнє застосування імуносупресантів (метотрексату та ін.) значно послаблює антитілоутворення;
- з урахуванням залучення різних ланок адаптивного і вродженого імунітету в імунопатогенез ЮІА важливим принципом стає можливість переключення хворих з одного біологічного препарату на інший у разі неефективності терапії;
- в ролі ад'ювантів для підвищення ефективності лікування хворим можуть бути призначені препарати вітаміну D, омега-3-поліненасичені жирні кислоти, препарати системної ензимотерапії.

Промовець поділилася досвідом застосування ГБП, накопиченим у відділенні хвороб сполучної тканини у дітей з групою психосоматики і психотерапії дітей та вагітних ДУ «ІПАГ імені О.М. Лук'янової НАМН України», де за програмою НАМН України біологічну терапію отримують 48 хворих — у 90% випадків її застосування у пацієнтів із недостатньою ефективністю ХМПП дало можливість досягти мети лікування.

Завершуючи доповідь, професор Л. Омельченко наголосила на необхідності створення в Україні Національного науково-методичного центру дитячої ревматології та центру реабілітації та санаторно-курортного лікування, які дозволять успішно вирішувати актуальні питання удосконалення терапії при ЮІА, моніторингу її ефективності, мультидисциплінарного менеджменту пацієнтів та забезпечення спадкоємності в роботі дитячих і дорослих ревматологів.

### Нове в діагностиці сепсису

Питання своєчасної діагностики сепсису у дітей — надзвичайно актуальне в умовах подальшого зростання за останні два десятиліття захворюваності на цю тяжку, життєзагрозливую патологію. Про діагностичну цінність сучасних біомаркерів сепсису розповіла завідувач кафедри педіатрії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор **Лариса Пипа**. Представлені доповідачем результати дослідження із включенням 115 дітей з локалізованими бактеріальними інфекціями та сепсисом демонструють, що пресепсин (ПСП) — найбільш специфічний та чутливий біомаркер бактеріального запалення порівняно з С-реактивним білком, прокальцитоніном та фактором некрозу пухлин-альфа. При підвищенні у дітей в сироватці крові рівня ПСП на >4 нг/мл вірогідність розвитку септичного шоку була в 5,25 раза вищою, ніж у тих, які мали нижчі рівні цього показника, а при концентрації ПСП >4500 пг/мл септичний шок діагностували у 40 разів частіше. Отримані дані дозволили доповідачу рекомендувати визначення ПСП для проведення ранньої діагностики сепсису та його диференційної діагностики з локалізованою бактеріальною інфекцією.

На Конгресі прозвучало ще багато змістовних, представлених на високому науковому рівні доповідей, які висвітлили найбільш актуальні питання сучасної педіатрії та послужили основою для створення проекту резолюції Конгресу. Відзначимо величезну увагу до проведеного зібрання дитячих лікарів з усіх куточків України, які, незважаючи на надзвичайну перевантаженість в умовах реформи первинної ланки медичної допомоги, змогли відшукати можливість відвідати Конгрес. Протягом усіх трьох днів засідань у режимі non-stop, що іноді тривали до пізнього вечора, конференц-зала була заповненою, а в кулуарах не вщухали обговорення доповідей та спілкування з виробниками медичної техніки, представниками фармацевтичної галузі та професійних медичних видань.

Вікторія Ніколаєнко,  
фото автора