

# Педіатрія — на все життя, або Вікові традиції післядипломної освіти українських педіатрів

Науково-практичною конференцією з міжнародною участю «Педіатрія — на все життя» відзначила своє 100-річчя та віковий ювілей Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика одна з перших створених в Академії кафедр — кафедра педіатрії № 1. Запрошення приєднатися 15–16 листопада 2018 р. до святкування цієї знаменної події отримали педіатри, дитячі алергологи, пульмонологи, ревматологи, імунологи, гастроентерологи, сімейні лікарі, медики-науковці, викладачі профільних кафедр Академії та закладів вищої медичної освіти.

## Святкова частина заходу

У привітанні, адресованому колективу кафедри, ректор Академії, академік Національної академії медичних наук (НАМН) України, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки **Юрій Вороненко** відзначив: «За свою багатолітню історію кафедра підготувала декілька поколінь практичних лікарів, клінічних ординаторів, аспірантів, сприяла становленню багатьох відомих в Україні і за кордоном науковців, професіоналів високого рівня, які очолили свого часу кафедри педіатрії у вищих медичних закладах нашої держави. Нині кафедра педіатрії № 1 є відомим в Україні колективом, який шанує, підтримує та розвиває ті традиції і високі еталони якості роботи науково-педагогічного і лікувального закладу академічного рівня, що були закладені ще 100 років тому». Ректор подякував співробітникам кафедри за плідну працю і побажав доброго здоров'я, щастя, творчої наснаги і подальших успіхів у роботі.

Під час відкриття конференції з привітальними промовами виступили:

- президент Асоціації педіатрів України, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» (ІПАГ) імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України, доктор медичних наук, професор **Юрій Антипкін**;
- головний лікар Національної дитячої спеціалізованої лікарні (НДСЛ) «Охматдит», кандидат медичних наук **Ірина Садов'як**;
- член-кореспондент НАМН України, головний спеціаліст відділу освіти та науки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, завідувач кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Олександр Волосовець**;
- завідувач відділення алергології Київської міської дитячої клінічної лікарні № 2, експерт з дитячої алергології Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації **Микола Макуха**;

- представники Департаменту охорони здоров'я Київської обласної та міської державної адміністрацій, Асоціації педіатрів Київської області.

Щирі слова подяки за збереження традицій та подальше удосконалення післядипломної освіти педіатрів продовжили лунати впродовж усього заходу — гості конференції мали за честь розпочати свої доповіді з привітань кафедрі педіатрії № 1 як від себе особисто, так і від імені колективів освітніх та наукових установ, закладів охорони здоров'я, які вони представляли.



«Педіатрія — на все життя: погляд в майбутнє крізь призму століття (історія кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика)» — у святковій доповіді з такою красномовною назвою завідувач кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика, віце-президент Асоціації алергологів України, голова Асоціації педіатрів Київської області професор **Олена Охотнікова** віддала шану засновникам кафедри та з великою вдячністю згадала видатних педіатрів, життя яких було нерозривно пов'язано з її історією, розповіла про сьогодення та здобутки колективу, визначила перспективи подальшого удосконалення післядипломної освіти педіатрів. Знаковою подією в історії кафедри, на думку промовця, було її заснування професорами-педіатрами — Євгеном Львовичем Скловським (у 1918–1930 рр. завідував кафедрою охорони дитинства) та Олександром Захаровичем Лазаревим (у 1918–1951 рр. завідував кафедрою хвороб дітей старшого віку) — фундаторами НМАПО імені П.Л. Шупика, яка на початку свого існування в 1918 р. мала назву «Клінічний інститут для удосконалення лікарів».

Професор Є.Л. Скловський в 1906 р. організував у Києві першу в Україні консультацію для новонароджених, а у 1911 р. — перші дитячі ясла, ініціював громадський рух «Крапля молока» на користь бідного населення Києва. Його друг і соратник заслужений діяч науки України професор О.З. Лазарев був засновником і секретарем, а з 1922 р. — головою Київського товариства дитячих лікарів, автором першої в Україні монографії з туберкульозу у дітей, 7 збірників наукових праць з різних питань патології дитинства, членом редколегії журналу «Педіатрія, акушерство та гінекологія». У 1930 р. обидві педіатричні кафедри були об'єднані в кафедру дитячих хвороб під керівництвом професора О.З. Лазарева, яка в подальшому і стала кафедрою педіатрії № 1. Корифей клінічної педіатрії в Україні — Давид Лазаревич Сігалов — керував кафедрою з 1951 по 1972 р. За свою багаторічну викладацьку діяльність він підготував декілька поколінь клінічних ординаторів і практичних лікарів, сприяв становленню професійної і наукової майстерності багатьох провідних вчених і педагогів України, які згодом очолили кафедри педіатрії в різних медичних закладах вищої освіти України. У 1972–1987 рр. кафедрою завідувала професор Маргарита Вартавівна Бондар — одна з засновниць неонатологічної наукової школи в Україні,



за ініціативи якої була організована перша в Україні кафедра неонатології.

З 1987 по 2006 р. колектив очолила заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Ольга Ларіонівна Ласиця — вона докладала великих зусиль задля організації та розвитку дитячої алергологічної служби України, брала активну участь у запровадженні в 1992 р. лікарської спеціальності «Дитяча алергологія». Розповідаючи про власну діяльність як керівника кафедри (з 2006 р.), професор О. Охотнікова з гордістю відзначила, що є вихованкою кафедри і її базової клініки — НДСЛ «Охматдит», де пройшла шлях від старшого лаборанта до професора і завідувача кафедри, і вважає своїми вчителями професорів Д.Л. Сігалова, М.В. Бондар та О.Л. Ласицю. Доповідач підкреслила, що саме за ініціативи О.Л. Ласиці з 1991 р. на кафедрі вперше в Україні почали проводити цикли тематичного удосконалення лікарів з дитячої імунології та алергології, а потім — з дитячої пульмонології. З 1994 р. кафедра стала єдиним в Україні викладацьким колективом, акредитованим для первинної спеціалізації, передатестаційної підготовки та тематичного удосконалення дитячих алергологів. Згідно з наказом МОЗ України тут проходять навчання лікарі-інтерни за спеціальністю «Педіатрія», а з 1997 р. кафедра є однією з баз підготовки лікарів-інтернів з сімейної медицини. За останні роки створено нові цикли тематичного удосконалення — «Суміжні стани: алергічні та аутоімунні хвороби», «Сучасна алергодіагностика у дітей (з елементами молекулярної діагностики)», розроблено методичні рекомендації «Сучасні методи алергодіагностики у дитячій практиці» та нові методичні рекомендації для циклів викладачів інтернатури на базах стажування, підготовано монографію «Проблемні питання дитячої ревматології». Постійною і головною клінічною базою кафедри з 1929 р. залишається НДСЛ «Охматдит», навчання проходить і на додаткових клінічних базах: у поліклінічних відділеннях Дитячих територіальних медичних об'єднань Шевченківського та Солом'янського районів м. Києва, Київській обласній дитячій лікарні № 1 (м. Боярка), в ДУ «ПАГ імені академіка О.М. Лук'яновича НАМН України».

Хоча напрямки наукової роботи кафедри охоплюють практично всі питання педіатрії, головним з них лишається дитяча алергологія, в останні роки відновлено напрямок діагностики, лікування та профілактики імуноопосередкованих захворювань у дітей. В якості бази Державного Фармакологічного комітету МОЗ України кафедра бере постійну участь у міжнародних багатоцентрових клінічних дослідженнях. Щорічно силами кафедри проводяться науково-практичні конференції з міжнародною участю «Проблемні питання алергології та аутоімунних станів у дітей», а її співробітники активно приєднуються до роботи медичних наукових зібрань та заходів, що відбуваються в нашій країні та за кордоном. Серед перспективних напрямів розвитку кафедри промовець відзначила впровадження інноваційних методів дослідження, налагодження зв'язків з профільними кафедрами закордонних університетів, більш широке включення в міжнародні наукометричні бази. Завершуючи доповідь, професор О. Охотнікова наголосила, що протягом своєї багаторічної історії науково-педагогічні співробітники кафедри педіатрії № 1 завжди були на вістрі сучасного життя, педагогічних і наукових пошуків, інтересів практичної медицини, у вирі подій важкої та складної клінічної роботи і в майбутньому налаштовані на плідну працю у всіх сферах своєї багатогранної діяльності. Професор також привітала присутніх з ювілеєм і побажала успішної роботи під час конференції.

Кожен учасник конференції разом з її матеріалами отримав і присвячений ювілею журнал «Педіатрія. Східна Європа», обкладинку якого прикрасили дитячі фотографії всіх співробітників кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика. Як пояснила **Людмила Євтушенко**, директор видавництва «Профессиональные издания» (Білорусь), саме знімки дитячих лікарів у дитинстві — неодмінна складова концепції цього міжнародного журналу, заснованого за участю НМАПО імені П.Л. Шупика, одним з головних редакторів якого є завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань Академії, доктор медичних наук, професор Галина Бекетова. Доповідач особливо відзначила подвійну систему рецензування запропонованих до публікації статей, що має за мету забезпечити їх високий науковий рівень та достовірність поданих даних.

## Реформа післядипломної освіти та ліцензування лікарів

Продовжуючи підняту професором О. Охотніковою тему перспектив удосконалення фахової освіти, декан педіатричного факультету, професор кафедри № 2 НМАПО імені П.Л. Шупика **Марина Маменко** зосередила увагу на основних положеннях запровадженої МОЗ реформи безперервного професійного розвитку. Зауваживши, що процес навчання українських лікарів ніколи не обмежувався отриманням диплома, а система удосконалення медичної освіти в нашій країні існує вже протягом сторіччя, доповідач роз'яснила деякі поняття та сутність основних нововведень, викладених у затвердженому Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 302 «Положенні про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я».

За словами промовець, «особисте освітнє портфоліо» не є чимось новим для лікарів, воно являє собою сукупність документів (у цифровому або паперовому вигляді), які підтверджують безперервне професійне навчання в процесі «формальної» освіти (яку надають «провайдери формальної освіти», зокрема НМАПО імені П.Л. Шупика), «інформальної» (участь у семінарах, науково-практичних конференціях, симпозиумах, з'їздах, майстер-класах тощо) та «неформальної» освіти. Для проведення атестації лікарів передбачено, що:

- тривалість атестаційного періоду становить 5 років;
- мінімальна кількість балів становить 250 (за кожен рік не менше ніж 50 балів);
- вводиться поняття кредитної одиниці, яка дорівнює одній годині участі у заході (у режимі реального часу), дистанційній участі (у режимі онлайн), а також прослуховування вебінарів.

Планується створити в Україні спеціальну Раду, подібну до американської ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education — Акредитаційна рада з безперервної медичної освіти), яка буде займатися акредитацією освітніх провайдерів. Доповідач наголосила, що частина проведених в останні роки НМАПО імені П.Л. Шупика заходів (виїзні семінари, телемости) вже були акредитовані європейським провайдером ACCME, а їх учасники отримали міжнародні кредити та відповідні сертифікати. Серед проектів МОЗ, які мають докорінно змінити неефективну (на думку Міністерства) систему атестації лікарів, також значиться «Концепція професійного ліцензування лікарів», яка передбачає скасування лікарських категорій та запровадження ліцензування лікарської діяльності. Отримати ліцензію зможуть випускники медичних закладів вищої освіти — після закінчення інтернатури та складання іспиту «Крок-3», але поки що остаточно не вирішеними залишаються питання процедури ліцензування вже працюючих лікарів та проведення передатестаційних циклів. Промовець висловила сподівання, що запланований на 2020–2024 рр. п'ятирічний перехідний період дозволить МОЗ прийняти виважені та обгрунтовані рішення і створити ефективну модель отримання ліцензії. На завершення доповіді професор М. Маменко побажала кафедрі педіатрії № 1 та всій Академії зберегти найкраще, що є в системі післядипломної медичної освіти, та знайти шляхи, які будуть дійсно сприяти її розвитку, а учасникам конференції — успішної роботи та отримання нових знань під час цього інформального заходу безперервної медичної освіти.

## Фактори ризику формування серцево-судинної патології



Вкрай важливі питання екологічної кардіоревматології дитячого віку розглянув в своїй доповіді професор О. Волосовець. Посилаючись на результати масштабної аналітичної роботи, виконаної провідними вітчизняними вченими-педіатрами та організаторами охорони здоров'я з метою вивчення основних тенденцій у стані здоров'я дитячого населення країни за останні 22 роки, доповідач привернув увагу до значного впливу наслідків Чорнобильської ката-

строфи та техногенного забруднення на темпи зростання захворюваності та поширеності таких патологій, як: новоутворення (+211,7%), хвороби системи кровообігу (+116,3%), ендокринної (+164,4%) та сечової системи (+105,5%), уроджені аномалії, деформації та хромосомні аномалії (+96,5%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (+47,7%), хвороби органів дихання (+44,8%).

«Екзотоксини, особливо ті, що містяться у молоці, грибах та ягодах, є надзвичайно небезпечними для дитячого організму!», — наголосив промовець. На всіх територіях радіоекологічного контролю (ТРК) з 1994 р. спостерігається суттєве перевищення показників захворюваності та поширеності хвороб дитячого населення порівняно з «незабрудненими» територіями та загальнодержавними показниками, а рівень серцево-судинних захворювань (ССЗ) у дітей перевищує відповідний показник у 2–3 рази. На ТРК продовжується мікроінтоксикація радіонуклідами — це слід брати до уваги, оскільки навіть малої концентрації цезію-137 в організмі достатньо, щоб викликати серйозні метаболічні порушення, які в першу чергу розвиваються в міокарді (експериментальні дані свідчать, що за рівнем накопичення радіоактивного цезію серце поступається лише щитоподібній залозі!).

Доповідач звернув увагу педіатрів на те, що у дітей, які проживають на ТРК, зростає поширеність вроджених аномалій системи кровообігу, ревматоїдного артриту. У них виявлено підвищення рівня гомоцистеїну — фактора ризику розвитку ССЗ (тромбоутворення, порушень серцевого ритму тощо), тому таким дітям потрібно додатково призначати препарати, які містять фолієву кислоту. Результати спостережень за дітьми, які зазнають негативного впливу екотоксичних факторів, а також підвищення захворюваності на хвороби системи кровообігу та вроджені вади серця серед дітей, які проживають в областях, що належать до ТРК, на думку професора О. Волосовця, дозволяють зробити висновок про те, що серцево-судинна система є однією з найчутливіших функціональних систем до подовженої дії негативних факторів навколишнього середовища.

Зменшити ефекти екотоксичних факторів, вплинути на частоту розвитку патологій серцево-судинної системи в дитячому та дорослому віці можливо завдяки якомога більш раннім профілактичним заходам. У цьому аспекті актуальним є дослідження факторів ризику формування серцево-судинної патології у дітей раннього віку, проведене співробітниками кафедри педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету, про результати якого доповіла завідувач кафедри, доктор медичних наук, професор **Маргарита Гончарь**. До груп перинатального ризику були включені новонароджені: після перенесеної асфіксії, передчасно народжених (термін гестації 27–37 тиж), із затримкою внутрішньоутробного розвитку. За словами промовця, у цих дітей набагато частіше (в 6–10 разів), ніж у здорових доношених новонароджених, виявлено прояви міокардіальної дисфункції (переважно діастолічної). Аналіз даних пре- та перинатального анамнезу, катamnестичного спостереження та комплексного обстеження дозволив провести стратифікацію найбільш значущих факторів ризику розвитку серцево-судинної патології, зокрема:

- вторинної кардіоміопатії;
- тривалого персистування відкритої артеріальної протоки з наявністю легеневої гіпертензії або без неї;
- порушень серцевого ритму.

Встановлено, що у 16,5% дітей груп перинатального ризику тривало зберігаються функціональні та морфологічні зміни з боку серцево-судинної системи: у дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку та після перенесених інфекцій — вторинна кардіоміопатія, у передчасно народжених дітей — вторинна кардіоміопатія та тривале персистування відкритої артеріальної протоки без легеневої гіпертензії. Більш того, досліджуючи залежність гемодинаміки від поліморфізму генів-кандидатів розвитку кардіальної патології, автори роботи зробили перші кроки в створенні генетичного паспорту серця. Доповідач висловила надію, що запровадження в практику закладів охорони здоров'я розробленого на кафедрі алгоритму індивідуального ризику та ранньої діагностики серцево-судинних розладів, оснований на ретельній оцінці факторів перинатального ризику, дозволить

прогнозувати та запобігати тяжким ураженням серцево-судинної системи у дітей.

Продовженням теми значення перинатальних ризиків для всього наступного розвитку дитини стала доповідь, представлена від групи авторів доцентом кафедри неонатології НМАПО імені П.Л. Шупика, кандидатом медичних наук **Ольгою Лакшою**, в фокусі уваги якої опинилися особливості адаптації та медичного супроводу так званих пізніх недоношених дітей — передчасно народжених дітей з гестаційним віком від 34 тиж до 36 тиж 6 днів. Як поінформувала доповідач, за останні десятиліття кількість таких дітей серед новонароджених збільшилася на чверть — наразі вони становлять близько 9% загальної кількості немовлят і 75–80% — в структурі передчасно народжених. Пізні недоношені діти потребують особливої уваги та спостереження, оскільки перебувають у групі ризику розвитку ускладнень неонатального періоду, пов'язаних із функціональною незрілістю та недосконалістю адаптаційних механізмів, серед яких:

- транзиторне тахіпноє, апноє, респіраторний дистрес-синдром, пневмонія;
- порушення терморегуляції (гіпотермія);
- гіпоглікемія;
- гіпербілірубінемія;
- труднощі вигодовування, харчова інтолерантність, дегідратація, значна втрата маси тіла;
- інфекційні ускладнення, сепсис;
- некротичний ентероколіт.

Такі діти, як зауважила промовець, порівняно з доношеними дітьми мають гірший прогноз та віддалені наслідки — у них є високими показники:

- неонатальної смертності — в 4 рази;
- дитячої смертності — в 3 рази;
- ризику смерті від вроджених вад розвитку — в 4 рази;
- ризику розвитку дитячого церебрального паралічу — в 3 рази;
- ризику розвитку епілепсії, віддалених нервово-психічних порушень (частота порушень зору та слуху не відрізняється від відповідних показників у дітей, які народилися в термін 30–33 тиж гестації);
- ризику затримки постнатального фізичного розвитку;
- більша схильність до захворювань дихальної системи та розвитку респіраторних інфекцій (висока чутливість до RS-інфекції).

З врахуванням цих факторів, стандарти медичного спостереження за пізніми недоношеними дітьми повинні обов'язково включати: визначення точного гестаційного віку (з точністю до одного дня), виявлення факторів ризику, моніторинг (температури тіла, рівня глюкози, білірубину), профілактику та лікування респіраторного дистрес-синдрому, налагодження раннього ентерального харчування і підтримку грудного вигодовування, мультидисциплінарний підхід, визначення критеріїв готовності і підготовку до виписки зі стаціонару, підвищення обізнаності батьків про потреби і проблеми дитини, катamnестичне спостереження. Таких дітей неодмінно потрібно вакцинувати проти інфекцій, до яких вони найбільш сприйнятливі, — грипу, ротавірусної та пневмококової інфекції. Підсумовуючи сказане, О. Лакша ще раз наголосила, що «пізні недоношені діти» є особливою групою з високим ризиком порушень адаптації та захворювань, що зумовлює необхідність розробки алгоритмів їх медичного спостереження.

## Сучасні підходи до терапії респіраторних захворювань у дітей

Однією з найактуальніших проблем у сучасній медицині, на переконання завідувача кафедри оториноларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО імені П.Л. Шупика, професора, лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки **Анатолія Косаківського**, є питання діагностики та вибору стратегії лікування гострих та хронічних захворювань лімфонодального апарату. Він зауважив, що перед призначенням антибіотикотерапії для лікування гострого інфекційного тонзиліту/тонзиліфарингіту слід враховувати її потенційну неефективність при вірусних інфекціях, які становлять 70–95% в етіологічній структурі цієї патології. Сучасною тенденцією в терапії хронічного тонзиліту є максимально шадне ставлення до мигдаликів як до імунокомпетентного органа

та видалення їх тільки у випадках доведеної функціональної неспроможності. Подібний підхід виправданий і тим, що тонзилектомія зазвичай не вирішує питань подальшого прогресування асоційованих захворювань (нирок, суглобів, серця). Консервативне лікування повинне забезпечувати контроль над захворюванням, досягаючи максимального зменшення кількості загострень, а у віддаленій перспективі — відсутності загострень впродовж 5 років після дворічного лікування, також воно неодмінно має покращувати якість життя пацієнтів. Посилаючись на результати впровадженної Асоціацією дитячих оториноларингологів України в 2011–2012 рр. Всеукраїнської програми «Здорове дитинство», професор А. Косаковський відзначив ефективність застосування комплексних гомеопатичних препаратів для лікування гострого та хронічного тонзиліту та зробив висновок про переваги над тонзилектомією індивідуально підбраного консервативного лікування при хронічному (рекурентному/рецидивуючому) тонзиліті.

Завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика, професор, заслужений лікар України **Галина Бекетова** привернула увагу слухачів до простого, але дієвого фізіологічного підходу, який здатний забезпечити належний догляд за носовою порожниною та профілактику гострих респіраторних захворювань у дітей. Спираючись на рекомендації EPOS-2012 (European Position Paper on Rhinosinusitis — Європейська настанова щодо риносинуситу — прим. ред.), які стали основою вітчизняної адаптованої клінічної настанови «Гострий риносинусит» (наказ МОЗ України від 11.02.2016 р. № 85), доповідач нагадала про етіологію, патогенез та підходи до лікування цієї патології, детально зупинившись на перевагах застосування ізотонічного розчину морської води для іригації слизової оболонки носа. За її словами, склад морської води дозволяє забезпечити енергією вільні клітини слизової оболонки, чинить секретолітичний ефект та сприяє нормалізації секреції слизу келихоподібними клітинами, прискорює регенерацію та підвищує захист епітелію, покращує мукоциліарний транспорт та кліренс, має протиалергічну та протизапальну дію, містить антиоксиданти та речовини, які стимулюють синтез лізоциму, інтерферону, імуноглобулінів, чинить противірусний та антиінфекційний ефекти. Цей засіб можна застосовувати не тільки при патологічних станах, але і для щоденного догляду за слизовою оболонкою носа у дітей будь-якого віку, починаючи з народження.

Про особливості епідемічного сезону грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) 2018–2019 рр. розповів завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України **Сергій Крамарьов**. За його словами, передбачають, що через циркуляцію нових для нашої країни штамів вірусу грипу — A/Singapore/INF1M/2016 (H3N2)-like virus та B/Colorado/06/2017-like virus — цьогорічний сезон буде відзначатися більшим, ніж у минулому році, підвищенням захворюваності та тяжчим перебігом інфекції. Також продовжить циркулювати штам A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-like virus. Згідно з оновленими рекомендаціями американських Центрів контролю та профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention — CDC) для менеджменту грипу рекомендується застосовувати інгібітори нейрамінідази — озельтамівір, занамівір, перамівір.

При наявності показань до призначення інгібіторів нейрамінідази CDC радять застосовувати їх якомога раніше, навіть без лабораторного підтвердження діагнозу грипу — противірусна терапія найбільш ефективна в перші 48 год від дебюту захворювання, але вона може бути розпочата і через 4–5 днів (при пізній госпіталізації пацієнта). Інгібітори нейрамінідази, за необхідності, можна призначати і при нетяжкому, неускладненому перебігу грипу, в тому числі у негоспіталізованих пацієнтів групи ризику. Тривалість оптимального курсу прийому озельтамівіру становить 5 днів, у пацієнтів з імунодефіцитами можливе його подовження до 10 днів. Щодо профілактики грипу, то, як наголосив професор С. Крамарьов, альтернативи вакцинації на сьогодні не існує! Інгібітори нейрамінідази не рекомендовані для сезонної профілактики, але їх призначення може бути виправдано для після-контактної (ситуативної) профілактики нещепленим проти грипу пацієнтам групи ризику (або в перші 2 тиж після щеплення),

а також щепленим пацієнтам, які мають тяжкий імунодефіцит. Слід пам'ятати, що в етіологічній структурі ГРВІ більше ніж 50–60% становлять інші штами вірусів (парагрип, риновірус, аденовірус, метапневмовірус, RS-вірус, бокавірус тощо), для боротьби з якими не створено противірусних препаратів прямої дії. Тому при лікуванні таких пацієнтів, за рекомендацією доповідача, потрібно застосовувати лікарські засоби, які мають надійну доказову базу щодо ефективного впливу на клінічний перебіг захворювання, покращення якості життя та оптимальне співвідношення ефективності/вартість.

## Діагностика та лікування герпетичних уражень порожнини рота у дітей

Велику зацікавленість аудиторії викликала щедро проілюстрована фото власних спостережень доповідь проректора з наукової роботи, професора кафедри стоматології дитячого віку НМАПО імені П.Л. Шупика **Наталії Савичук**, присвячена проблемі, яка часто виникає в практиці педіатрів, дитячих інфекціоністів та стоматологів, — герпетичним ураженням порожнини рота у дітей. Актуальність обраної теми, на думку доповідача, зумовлена такими чинниками:

- зростає питома вага уражень слизової оболонки порожнини рота, що спричиняються герпесвірусами, — у тому числі вірусами простого герпесу 1-го та 2-го типів (*Herpes simplex virus* — HSV-1 та HSV-2), вірусами Епштейна — Барр (Epstein — Barr virus — EBV), цитомегаловірусами (Cytomegalovirus — CMV), вірусами вітряної віспи/оперізуючого герпесу (*Vari-cella zoster virus* — VZV), герпесвірусами людини 6, 7 та 8-го типів (*Human herpesvirus* — HHV-6, -7, -8);
- з'являються нові клінічні форми захворювань — впродовж останніх 20 років повністю змінилася клінічна картина герпесвірусних уражень, яка не дозволяє клінічно встановити тип герпесвірусу або визначити моно- або асоційовані форми ураження;
- виникають форми уражень, які спричиняються асоціацією вірусів з грибами, бактеріями;
- знижується ефективність традиційного лікування — в тому числі внаслідок появи резистентних штамів, викликані використанням локальних форм препаратів;
- недостатнім є розуміння, що ураження порожнини рота є частиною загальнопатологічного процесу;
- віруси HSV та CMV є частиною комплексу TORCH-інфекцій і можуть спричинити ураження плода або новонароджених при субклінічному перебігу інфекції в матерів.

Нагадавши головний клінічний симптомокомплекс гострого герпесу порожнини рота (гіпертермія, синдром інтоксикації, синдром диспепсії, пухирцево-ерозивні елементи, гінгівіт, лімфаденіт), доповідач наголосила, що найбільш складним для діагностики є період «сліпого вікна», коли у дитини впродовж кількох днів наявна лише гіпертермія — у цей час на користь герпетичної інфекції може свідчити підвищене слиновиділення. Найбільш часто HSV-інфекція проявляє себе у дітей в період прорізування зубів (у віці від 6 міс до 2,5 року) — його ключовою ознакою є гінгівіт та збільшення лімфатичних вузлів. Доповідач підкреслила, що герпесвірусні ураження не обмежуються стоматитом, тому таких пацієнтів, окрім педіатра і стоматолога, повинні спостерігати інфекціоніст, офтальмолог, за потреби — дерматолог, уролог. Діти з легкою формою гострого герпесу порожнини рота можуть лікуватися амбулаторно, із середньою вагою — в умовах відділення молодшого або старшого дитинства педіатричної клініки, спеціалізованому дитячому міському центрі, з тяжкою — в інфекційному відділенні або в дитячій інфекційній лікарні (з можливостями реанімації). Лабораторний етап верифікації діагнозу гострого герпесу порожнини рота передбачає наступні дослідження:

- обов'язкові — полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) з елементів ураження та визначення специфічних антитіл в сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу до вірусів групи герпесу;
- альтернативні — цитологічні дослідження зіскрібків з елементів ураження з метою виявлення велетенських клітин;
- додаткові — імунограму, бактеріологічні та біохімічні дослідження.

Золотим стандартом лікування пацієнтів з герпетичною інфекцією в період гострих клінічних проявів, за словами доповідача, є системне призначення ацикловіру на весь період клінічних проявів плюс наступні три дні (на період можливого збереження реплікації вірусу). Додатково можуть бути використані препарати групи інтерферонів, біофлавоноїди, симптоматичні засоби. Місцеве лікування включає:

- гігієнічну обробку порожнини рота (препарати, що містять хлоргексидин, детергенти);
- аплікації противірусних препаратів (лінімент акридоноцтової кислоти, епервудин, пенцикловір та інші);
- знеболювання (гелі, які використовують при прорізуванні зубів, що містять лідокаїн та тетракаїн; хлорбутанол, масляний розчин анестезину — але не лідокаїн у формі спрею!);
- кератопластику (регенеранти та репаранти).

Показаннями до протирецидивної терапії герпетичної інфекції у дітей, як відзначила професор Н. Савичук, є недостатній контроль за перебігом інфекції (підвищення частоти рецидивів, виникнення ознак поширення інфекції), наявність слабкерованих факторів ризику, що можуть призводити до вираженої імуносупресії. До критеріїв позитивної динаміки захворювання відносять: відсутність ознак рецидиву, негативні результати ПЛР-моніторингу та відсутність підвищення рівня специфічних антитіл класу IgG у сироватці крові.

### Інноваційні методи діагностики в алергології

Професор Ліверпульського університету (Великобританія), лікар алерголог-імунолог Клініки алергології та імунології Королівського шпиталю Університету Ліверпуля, доктор медичних наук **Алла Наконечна** представила до уваги слухачів лекцію «Алергенні молекули анафілаксії», присвячену сучасним підходам у діагностиці алергічних реакцій I типу при харчовій алергії. Доповідач зупинилася на можливостях компонентної діагностики, яка завдяки використанню специфічних антитіл до окремих молекул (а не цільних екстрактів) алергенів дозволяє:

- визначити сенсibilізацію до мажорних та мінорних компонентів алергенних екстрактів;
- прогнозувати тяжкість алергічних реакцій на харчові продукти;
- надавати точні дієтичні рекомендації;
- прогнозувати ефективність алергенспецифічної імунотерапії;
- виявляти неочікувані сенсibilізації (алергія на латексні рукавички, пов'язана з присутністю в їх складі казеїну; алергія на лізоцим у осіб з сенсibilізацією до альбуміну курячих яєць; алергічна реакція на пробіотики, викликана сенсibilізацією до білків молока або яєць тощо).

Застосування сучасних тест-систем надає змогу визначити велику кількість алергенних компонентів, виявляти найбільш авідні антитіла, детально аналізувати первинну та перехресну сенсibilізацію завдяки ідентифікації алергенів основних перехресно-реактивних груп — профілінів, LTP (lipid transfer protein — протеїну, що переносить ліпіди), протеїну PR-10. Наголосивши, що, незважаючи на високу інформативність методу, інтерпретувати результат та встановлювати остаточний діагноз повинен лише клініцист з урахуванням клінічних проявів захворювання, професор А. Наконечна надала детальну інформацію про значення ідентифікації окремих молекул анафілаксії для уточнення етіології, прогнозування перебігу, підбору методів профілактики та терапії харчової алергії у дітей, яка розвивається внаслідок сенсibilізації до коров'ячого молока, яєць, м'яса, морепродуктів, пшениці, гречки, сої, горіхів тощо.

### Імуноопосередкована патологія у дітей

У доповіді «Аутоімунні захворювання у дітей з первинними дефіцитами антитілоутворення» завідувач кафедри дитячих інфекцій і дитячої імунології НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Алла Волоха** поділилася з присутніми результатами аналізу спектра та частоти аутоімунних проявів у пацієнтів з найбільш поширеними формами первинних імунодефіцитів (ПІД) у дітей — дефіцитами антитілоутворення, проведеного за даними Національного реєстру (1984–2017 рр.). Згідно з цим дослідженням, аутоімунні захворювання:

- часто (у 28,4% пацієнтів) ускладнюють перебіг первинних дефіцитів антитілоутворення;

- можуть бути першою і провідною ознакою маніфестації вродженого імунодефіциту;
- у хворих на ПІД мають незвично ранній початок або атипові прояви, часто — серонегативні варіанти.

Найбільша частота аутоімунних порушень (75%) у вигляді аутоімунної нейтропенії (25%), увеїту (25%), артритів (12,5%), ревматизму (12,5%) була виявлена при гіпер-IgM-синдромі. Спадкова гіпогамаглобулінемія у 35,1% пацієнтів супроводжувалася аутоімунними артритом (27%) або увеїтом (5,4%). Найбільше розмаїття аутоімунних порушень, за даними професора А. Волохи, спостерігалось при селективному дефіциті IgA — у четверті цих дітей були виявлені: целіакія, аутоімунний тиреоїдит, фіброзуючий альвеоліт, алопеція, гломерулонефрит, а у 7 з 10 дітей аутоімунна патологія була основним проявом ПІД.

У деяких випадках маніфестація аутоімунного захворювання при ПІД відбувалася ще до розвитку інфекційних ускладнень:

- ідіопатичний ювенільний артрит у двох дітей зі спадковою гіпогамаглобулінемією;
- аутоімунна гемолітична анемія у 12-річної дівчинки із загальним варіабельним імунодефіцитом;
- аутоімунна нейтропенія у 2-річного хлопчика із X-зчепленим гіпер-IgM-синдромом.

Лікування дітей з проявами ПІД та аутоімунної патології, як зазначила доповідач, повинно базуватися на мультидисциплінарному підході та включати: постійну позитивну замісну терапію препаратами імуноглобулінів, антибактеріальну терапію (профілактику), лікування аутоімунних захворювань (згідно з відповідними протоколами). Як наголосила професор, дуже важливою є настороженість ревматологів та імунологів щодо можливого поєднання вродженого імунодефіциту з аутоімунною патологією для ранньої діагностики цих захворювань і своєчасного призначення лікування.

### Розлади травлення у дітей — від функціональних розладів та лактазної недостатності до ожиріння

Завідувач кафедри педіатрії № 1 Вінницького національного медичного інституту імені М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор **Вероніка Дудник** з позицій біосихосоціальної моделі патогенезу функціональних розладів травлення у дітей розглянула питання раціональної терапії «перехресного синдрому» (overlap-синдрому) — функціонального розладу травної системи у вигляді поєднаної патології зі встановленим механізмом перехресту клінічних симптомів, якому лікарі, на думку промовця, часто не приділяють належної уваги. Як наголосила доповідач, лікування overlap-синдрому слід починати якомога раніше — ще на етапі діагностики. Терапія повинна враховувати всі фактори розвитку захворювання, тобто включати засоби, які впливають на шлунково-кишковий тракт (прокінетики, ферменти, жовчогінні препарати, спазмолітики) та центральну нервову систему (антидепресанти). Також важливо застосовувати безпечні та ефективні препарати ще на етапі діагностики, уникати поліпрагмазії завдяки використанню засобів комплексної дії. «Лікування функціональних розладів повинне бути максимально спрямоване на купірування больових відчуттів та покращення якості життя пацієнтів», — відзначила професор В. Дудник.

Принципово новий підхід у діагностиці та терапії інсулінорезистентного ожиріння у дітей, розроблений на кафедрі педіатрії № 1 та медичної генетики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» під керівництвом професора, заслуженого діяча науки і техніки України Олександра Абатурова, знайшов відображення в доповіді асистента кафедри **Анни Нікуліної**, яка акцентувала увагу присутності на новому біомаркері інсулінорезистентного ожиріння — галектині-9. Доповідач відзначила, що наявність кореляції поширеності ожиріння зі споживанням лактози та частотою лактазної персистенції дозволяє припустити, що розвиток ожиріння та інсулінорезистентності зумовлені невідповідністю між кількістю лактози в дієті та продукцією лактази в кишечнику дитини. Як показало проведене дослідження, низький рівень експресії мРНК галектину-9 можна вважати новим біомаркером формування інсулінорезистентного ожиріння у дітей з мальдигестією лактози, а призначення при лактазній недостатності персоналізованої низьколактозної дієти за іннова-

ційною програмою «Low-lactose diet» сприяє достовірному підвищенню рівня цього показника порівняно зі стандартною терапією ожиріння у дітей. На основі виокремлення з поліморфізму гена лактази SNP LCT генотипу C/C 13910, який відповідає за розвиток лактазної недостатності дорослого типу, було розроблено алгоритм ведення хворих з ожирінням, асоційованим з мальдигестією лактози.

### Орфанні захворювання — можливості обстеження та лікування

З організацією медичної допомоги дітям з орфанними захворюваннями в м. Києві ознайомила слухачів завідувач кафедри педіатрії № 2 НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Тетяна Марушко**. За її словами, в світі налічується близько 7 тис. орфанних хвороб, 80% з них мають генетичну природу, половину хворих становлять діти, за відсутності лікування у віці до 1 року помирають до 35% таких хворих, а до 5-річного віку — 30%. Максимально рання діагностика, наявність розроблених методів лікування та їх доступність дозволяють зберегти та значно подовжити тривалість життя таких пацієнтів. Сьогодні в Україні поняття «орфанні захворювання» закріплено на законодавчому рівні, а держава забезпечує фінансування лікування хворих дітей (у 2017 р. фінансування збільшилося на 50%). Перелік цих захворювань щорічно оновлюється — згідно з Наказом МОЗ від 27.10.2014 р. № 78 «Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань» (із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ від 30.12.2015 р. № 919 та від 29.06.2017 р. № 731) у 2017 р. в нього внесено 294 діагнози.

Окрім всеукраїнського Центру орфанних захворювань НДСЛ «Охматдит», діти-киряни можуть пройти обстеження та лікування в Миському центрі орфанних захворювань, який працює на базі Київської міської дитячої лікарні № 1. Професор Т. Марушко поінформувала, що в цьому закладі в 2017–2018 рр. під спостереженням перебували діти з наступними хворобами:

- первинна легенева гіпертензія — 7 дітей;
- ювенільний ревматоїдний артрит — всього в м. Києві 286 хворих (за рахунок місцевих бюджетів 182 дитини отримують метотрексат та 61 — імунобіологічну терапію);
- мукополісахаридоз — 3 дитини (забезпечення за рахунок державної програми);
- фенілкетонурия — 97 дітей (лікувальне харчування за рахунок державної програми);
- коагулопатія — 58 хворих (лікування за рахунок державної програми);
- імунodefіцити — 201 хворий (терапія за рахунок державної програми);
- хвороба Гоше — 2 хворих (ферментозамісна терапія за рахунок державної програми);
- тирозинемія — 1 дитина (замісна терапія за рахунок державної програми);
- гангліозидоз GM типу I (хвороба Нормана — Ландига) — 1 дитина (специфічне лікування не розроблено, отримує симптоматичну терапію);
- органічні ацидури — 2 дитини (симптоматична терапія);
- синдром Лея — 1 дитина, синдром Мебіуса — 1 дитина, хвороба Гірке — 1 дитина (симптоматична терапія).

Відзначивши, що досягнення останніх років дозволили істотно поліпшити якість життя таких хворих і не останню роль у цьому відіграють громадські організації, промовець висловила вдячність Громадській спілці «Орфанні захворювання України» та її керівнику Тетяні Кулеші, яка ініціювала об'єднання батьків пацієнтів

із рідкісними хворобами, а наразі займається питаннями підтримки таких дітей на законодавчому рівні.

### Лікувати ефективно та безпечно

Як уникнути помилок при одночасному застосуванні декількох лікарських засобів у практиці педіатра — цьому питанню присвятив свою доповідь завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Микола Хайтович**. Нагадавши аудиторії основні типи взаємодії лікарських речовин, промовець акцентував увагу на найбільш небезпечній, на його переконання, взаємодії — фармакокінетичній та розповів про особливості впливу деяких препаратів на функціональну активність ферментів метаболізму системи цитохрому P450 та транспортеру лікарських засобів глікопротеїну-Р. Професор наголосив, що слід уникати призначення дітям 4 і більше лікарських засобів системної дії.

Притаманна гомеопатичним лікарським засобам (ГЛЗ) висока ефективність, відсутність вікових і нозологічних протипоказань, побічних дій та ускладнень, можливість їх прийому протягом необмеженого часу як у вигляді монотерапії, так і в комплексі з іншими методами лікування та медичними препаратами — ось переваги, які, на думку професора кафедри дитячої отоларингології, аудіології і фоніатрії НМАПО імені П.Л. Шупика, доктора медичних наук **Олександра Мошчича**, дозволяють розв'язати основні проблеми загальноприйнятих методів лікування найбільш поширених захворювань та відкривають широкі перспективи застосування ГЛЗ у педіатричній практиці. Як поінформував доповідач, накопичена велика доказова база (у тому числі даних багатоцентрових рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень) дозволила надати ГЛЗ офіційний статус «лікарські засоби» та внести до Державної Фармакопеї України, а також до Європейської Фармакопеї та національних фармакопей Німеччини, Франції, США, Великої Британії. ГЛЗ включені в офіційно затверджені МОЗ методичні рекомендації лікування дітей із грипом та ГРВІ, захворюваннями ЛОР-органів, бронхолегеневими захворюваннями, травмами, захворюваннями суглобів, рекомендовані до застосування в дитячій неврології, гастроентерології, кардіології, ендокринології тощо.

Слід відзначити, що програма конференції не обмежилася вищезгаданими доповідями, озвученими в рамках засідання «Актуальні питання педіатрії — міждисциплінарний підхід», — під час дводенної роботи заходу делегати мали змогу почути майже шість десятків виступів, об'єднаних у 8 секцій, зокрема:

- актуальні проблеми органів дихання у дітей;
- сучасні аспекти патології органів травлення у дітей;
- кропив'янка у практиці педіатра і сімейного лікаря;
- сучасні методи алергологічної діагностики;
- алергічні захворювання органів дихання;
- алергічні захворювання шкіри;
- захворювання зі складним механізмом розвитку.

На окремому засіданні, присвяченому вибраним питанням дитячої патології, молоді вчені отримали нагоду представити до уваги досвідчених практикуючих педіатрів та авторитетних науковців результати власних досліджень. Після обговорення проекту і прийняття резолюції конференції відбулася науково-методична нарада «Формування нової освітньої моделі безперервного професійного розвитку лікарів з питань дитячої алергології — завдання сьогодення».

*Вікторія Ніколаєнко,  
редакція журналу «Український медичний часопис»,  
фото Сергія Бека*