

## Здоров'я дитини — старт на все життя!

Більше ніж 1300 делегатів з усіх куточків країни з'їхалися до столичного Українського дому 8 жовтня 2019 р. для участі в XIV Конгресі педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії» (далі — Конгрес). Участь в обговоренні сучасного стану та перспектив розвитку системи охорони здоров'я українських дітей взяла міністр охорони здоров'я України Зоряна Скалецька, голова профільного Комітету Верховної Ради України Михайло Радущкий, перша леді України Олена Зеленська.

### Урочисте відкриття Конгресу

Відкриваючи роботу Конгресу президент Асоціації педіатрів України, директор Державної установи (ДУ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології (ІПАГ) імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук (НАМН) України», академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Юрій Антипкін** привітав учасників зібрання та висловив подяку його почесним гостям. Розповідаючи про сучасні здобутки вітчизняної педіатрії він нагадав, що Україна виконала визначену ООН, ВООЗ та ЮНІСЕФ ціль третього тисячоліття — зниження малюкової смертності — та продовжує утримувати цей показник на відповідному рівні. Українські педіатри беруть активну участь в європейській програмі «Горизонт-2020», співпрацюючи із західними колегами в напрямку розроблення дитячих форм лікарських препаратів. У рамках проекту ВООЗ в нашій країні успішно завершено масштабні довготривалі спостереження стану здоров'я великої когорти дітей від народження до 18 років життя — аналіз результатів цього дослідження, на думку вченого, дозволить визначити основні фактори ризику (екологічні, біологічні, мікро- та макросоціальні), що впливають на стан здоров'я дітей.

Але, на жаль, у світі нашу країну згадують не лише завдяки здобуткам — під час цьогорічної акції перед будівлею ООН в Нью-Йорку було розкладено 3758 шкільних рюкзаків у вигляді надгробків — саме стільки дітей загинуло у світі у 2018 р. від військових конфліктів, і серед них було 8 маленьких українців. А загалом за 5 років війни на Сході загинуло 517 дітей! Академік Ю. Антипкін запропонував делегатам Конференції вшанувати пам'ять всіх загиблих на Сході України хвилиною мовчання.

Із привітаннями до учасників зібрання звернулася почесний гість Конгресу — дружина Президента України **Олена Зеленська**. Вона адресувала слова захоплення та пошани всім, хто обрав одну з найбільш цінних для суспільства професій — професію лікаря. «Як мама двох дітей я широ дякую тим педіатрам, які трапилися мені у моєму житті!.. Особливо дякую за те, що ставитеся до моїх дітей, як до своїх — для мене це дуже важливо!» — зізналась вона. Перша леді закликала лікарів і батьків дбати не лише про побутові умови — наявність ліків, професійного персоналу, але і про психологічний комфорт для кожного маленького пацієнта, наголосивши, що лікування чи оздоровлення неможливе без психологічної складової, без емоційної підтримки, без оптимістичного погляду на перспективи одужання маленької людини.

Відзначивши важливість профілактичного спрямування для підтримання здоров'я нації, дружина Президента розповіла, що в рамках власної гуманітарної програми вона планує приділити особливу увагу пропаганді здорового способу життя, фізичної активності, здорового харчування, зосередивши зусилля на харчуванні дітей у школах. І вже зроблені певні кроки в цьому напрямку — зокрема, відбулася перша зустріч у форматі великого круглого столу за участю міністрів профільних міністерств — Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства молоді та спорту України, Міністерства економіки, представників профільного комітету Верховної Ради України, Держспоживслужби, на яку були запрошені й кухари-експерти, які вже впроваджують пілотні проекти з дитячого харчування. Головним підсумком зустрічі стало розуміння важливості вибраного напрямку та розроблення конкретного плану дій. Промовець висловила сподівання, що вже в найближчі тижні МОЗ України запропонує низку змін щодо нормативів харчування

у школах та оздоровчих закладах з урахуванням вікових норм та особливостей регіону проживання. «Я щаслива, що у нас створюється команда однодумців. І ми розраховуємо саме на вашу експертну думку та підтримку щодо популяризації цієї теми серед пацієнтів та їхніх батьків», — наголосила О. Зеленська.

У відповідь, підтримуючи тезу про важливість профілактики, академік Ю. Антипкін закликав розробити спільну з МОЗ та НАМН України державну профілактичну програму «Здоров'я дітей — старт на все життя!» та запропонував О. Зеленській взяти здійснення цієї програми під особистий патронат. Запорукою майбутньої плідної співпраці стало обрання О. Зеленської почесним членом Асоціації педіатрів України.

У своєму вітальному слові голова Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги і медичного страхування **Михайло Радущкий** розповів про першочергові завдання, що стоять перед профільним Комітетом Верховної Ради, офісом Президента, Кабінетом Міністрів України щодо трансформації державної системи охорони здоров'я, зокрема:

- розвинути успіхи та усунути недоліки медичної реформи;
- розширити доступ громадян до системи охорони здоров'я;
- підвищити якість медичних послуг та медикаментів;
- підвищити престиж професії лікаря на державному рівні.

Доповідач не обійшов увагою і проблеми вакцинації, закликавши педіатрів до активнішої участі у пропаганді та реалізації цієї життєво важливої для існування всієї нації програми протиепідемічного захисту населення.

Користаючись нагодою, академік Ю. Антипкін як президент Асоціації педіатрів України звернувся до М. Радущкого з проханням приділити особливу увагу запровадженню реалізованої у 80 країнах світу програми «Шкільне молоко», а також підтримати проект закону щодо скорочення на одну годину тривалості робочого дня для вагітних.



Багато теплих слів пошани на адресу педіатрів пролунали з вуст міністра охорони здоров'я України **Зоряни Скалецької**. Вона акцентувала увагу на необхідності забезпечення затвердженого ЮНІСЕФ принципу «найкращих інтересів дитини» — в його реалізації педіатри мають об'єднати зусилля з іншими державними структурами: соціальними службами, правоохоронними органами, закладами освіти. В доповіді йшлося також про необхідність розроблення державної програми системного стратегічного бачення розвитку охорони здоров'я материнства та дитинства. В цьому аспекті промовець підкреслила важливість створення системи регіональних перинатальних центрів. «Чим швидше ми приступимо до якісної медичної допомоги при народженні дитини, тим менше постає питань про подальше лікування!» — зауважила пані міністр. На продовження теми профілактики як важливого компонента системи громадського здоров'я З. Скалецька відзначила роль педіатрів у підвищенні довіри батьків маленьких пацієнтів до проведення вакцинації. Обнадійливою для багатьох присутніх стала схвальна оцінка міністром роботи педіатрів у системі надання первинної медико-санітарної допомоги та обіцянка забезпечити відповідну нормативну базу для інтеграції педіатричної служби у первинну ланку. Промовець закликала педіатрів

пріділити особливу увагу покращенню комунікації з батьками пацієнтів: «Більше комунікації — більше довіри та профілактичних контактів!» — підкреслила вона.

Президент НАМН України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Віталій Цимбалюк**, привітавши присутніх з початком роботи Конгресу та Міжнародним днем лікаря, висловив оптимізм із приводу сучасного підходу до вирішення питань реформування системи охорони здоров'я, яке реалізує нове керівництво МОЗ, та побажав йому подальшої плідної співпраці із закладами НАМН України, зокрема з «перлиною НАМН України» — ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України». Важливими передумовами успішного проведення медичної реформи академік визнав відновлення статистичної бази, проведення Всеукраїнського перепису населення та підготовку на цій основі «Національної доповіді про стан здоров'я населення України». Він закликав можновладців пам'ятати про те, що економія на здоров'ї населення може обернутися страшною національною катастрофою, тому вже сьогодні слід подбати про достатнє фінансове забезпечення медичної галузі та підвищення заробітної плати її працівників.

Про найефективніші заходи у сфері охорони здоров'я, які реалізуються в місті Києві, поінформувала присутніх директор Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації (КМДА) **Валентина Гінзбург**. Серед них — програми «Здоров'я киян» та «Доступні ліки», реновація та переоснащення пологових будинків та дитячих лікарень, сприяння безперервному навчанню лікарів у рамках короткотривалих семінарів і тренінгів з невідкладної медичної допомоги, підвищення середньої заробітної плати лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги за рахунок 50% муніципальної надбавки.

Однією з очікуваних подій Конгресу стало традиційне нагородження найкращих представників вітчизняної педіатрії почесними грамотами Асоціації педіатрів України «За вагомий особистий внесок у розвиток педіатрії в Україні та високий професіоналізм». Цьогоріч почесну відзнаку з рук президента Асоціації академіка Ю. Антипкіна разом зі щирими вітаннями колег та почесних гостей заходу отримали більше ніж два десятки лікарів-педіатрів, науковців та представників медичної освіти.

## Бронхолегенева патологія у дітей



З програмною доповіддю «Досвід та перспективи щодо профілактики та лікування бронхолегеневої патології у дітей», підготовленою групою провідних вітчизняних педіатрів, виступив заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» доктор медичних наук, професор **Володимир Лапшин**. Він поінформував, що хвороби органів дихання залишаються актуальною медико-соціальною проблемою

педіатрії у всьому світі — згідно з даними експертів ВООЗ третина дітей віком до 5 років гине від гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) та пов'язаних із ними пневмоній, а в Україні пневмонія займає третє місце у структурі дитячої смертності. Протягом останніх років в Україні не відбулося суттєвих змін у структурі захворюваності дитячого населення, в якій хвороби органів дихання становлять близько 52%, не відзначено і позитивної тенденції щодо поширеності та захворюваності дітей на пневмонію. В минулому році дещо знизилася захворюваність на хвороби органів дихання серед дітей віком до 1 року — у 2018 р. вона становила 793,18 на 1000 дитячого населення, у 2017 р. — 856,25, а у 2016 р. — 855,72.

Доповідач нагадав колегам, що пневмокок залишається найчастішим бактеріальним збудником позалікарняної пневмонії. Рівень його носійства серед дітей — 20–50%, а при скупченості дітей, наприклад в організованих колективах, цей показник підвищується до 80%, що зумовлює актуальність проведення проти-пневмокової вакцинації для зниження частоти розвитку пневмоній та запобігання їх ускладненням. «Слід пам'ятати, що на початку лікування збудник пневмонії може бути визначений не більше ніж у 50% випадків!» — наголосив професор В. Лапшин. Саме тому рішення про призначення антибактеріальної терапії

приймається з урахуванням відомої розповсюдженості патогенів у дітей різних вікових категорій та певних клінічних ознак, характерних для специфічних патогенів. Порівнюючи міжнародні клінічні рекомендації щодо призначення емпіричної антибактеріальної терапії у дітей із позалікарняною пневмонією в амбулаторних умовах, промовець відзначив, що всі вони визнають амокцицилін препаратом першої лінії терапії. На основі даних літератури та власних спостережень стосовно високої частоти вірусно-бактеріальної етіології пневмоній він порекомендував призначати антибактеріальну терапію навіть при пневмоніях вірусної етіології, особливо у дітей молодшого віку. Згідно із сучасними міжнародними протоколами при виборі емпіричної антибактеріальної терапії, потрібно враховувати вакцинованість дитини проти пневмококу — при повній вакцинації препаратами вибору є антибіотики пеніцилінової групи. Як свідчать опитування, вітчизняні педіатри за відсутності у багатьох дітей нашої країни повної вакцинації препаратами першого вибору частіше призначають цефалоспори.

Професор ознайомив аудиторію з запропонованим ВООЗ Глобальним планом дій з профілактики позалікарняної пневмонії у дітей — чільне місце в ній належить вакцинопрофілактиці з використанням кон'югованої пневмокової вакцини та щорічним щепленням проти грипу. Програма також включає профілактику респіраторних інфекцій у дітей та навчання батьків і дітей — миття рук після контакту із особами із респіраторними захворюваннями, грудне вигодовування, виключення контакту з тютюновим димом. Експерти ВООЗ передбачають, що реалізація Глобального плану сприятиме зниженню смертності дітей від пневмонії на 65% та зменшенню кількості випадків тяжких ускладнень цієї хвороби на 25%.

Висвітлюючи питання вдосконалення діагностики і лікування гострого та хронічного бронхітів, які входять до п'яти найчастіших причин амбулаторних звернень до педіатрів, В. Лапшин особливу увагу приділив діагностиці рецидивуючого бронхіту. Згідно з результатами досліджень, проведених в Інституті під керівництвом академіка Ю. Антипкіна, доведено існування «перехідних» форм рецидивуючих бронхітів, для яких характерне дифузне ураження бронхіального дерева. При цій патології зміна кількісного складу бронхіального епітелію — зменшення кількості нормальних клітин миготливого епітелію менше 20%, збільшення дистрофічно змінених клітин понад 80% — призводить до порушення муцилярно-кліренсу, персистенції інфекції в бронхах, розвитку реакцій неспецифічної чутливості та склеротичних змін у стінці бронхів.

У сучасній літературі продовжують дискутуватися питання можливості ранньої діагностики, профілактики та прогнозування перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у дитячому та підлітковому віці, але не викликає сумнівів, що запобігання тютюнопалінню серед дітей, зменшення впливу на них забрудненого повітря дозволить уникнути появи необоротних змін бронхолегеневої системи у дорослих. Доповідач торкнувся питання бронхолегеневої дисплазії, зокрема її особливої форми, яка характеризується порушенням росту та розвитку альвеол і судин малого кола кровообігу у дітей із недостатньою масою тіла при народженні. Дискусійними залишаються питання класифікації цієї патології, можливість її трансформації в інші нозологічні форми (хронічний бронхіт та ХОЗЛ у дорослих), відсутність бажаного рівня клінічного контролю (у 75% дітей розвивається легенева гіпертензія).

На переконання промовця, ще однією актуальною проблемою дитячої пульмонології є орфанні захворювання легень. Потребують подальшого вирішення питання відсутності статистичних даних щодо цієї патології, потреба у відповідних клінічних протоколах та спеціалізованих медичних центрах для спостереження цих дітей. У 2017 р. МОЗ України було затверджено «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Муковісцидоз» (Наказ МОЗ України від 15.07.2016 р. № 723. — Прим. ред.), впровадження якого сприяло підвищенню ефективності лікування пацієнтів із цим орфанним захворюванням. Планується створення реєстру хворих на таку рідкісну патологію, як інтерстиціальні (дифузні) хвороби легень у дітей.

У структурі інвалідності, пов'язаної із хворобами органів дихання у дітей, бронхіальна астма (БА) займає чільне місце. Допо-

відач повідомив, що у світі поширеність БА визначається на рівні 7–10%, тоді як в Україні в 2017 р. її поширеність становила 0,48%, а захворюваність — 0,05%. Тому серед головних проблемних питань діагностики БА та інших алергічних захворювань професор відзначив:

- гіподіагностику, пізні встановлення діагнозу;
- діагностику на етапах середньотяжкого і тяжкого перебігу;
- низьке охоплення первинних пацієнтів зі шкірною алергодіагностикою;
- неузгодженість із протоколами лікування, поліпрагмазію;
- високу вартість фармакологічної терапії;
- недостатнє використання методу алергенспецифічної імунотерапії (підшкірний, сублінгвальний).

Як приклад успішного вирішення цих завдань промовець навіть результати роботи Алергоцентру з діагностикою медикаментозної алергії у дітей та жінок, створеного у 2015 р. при ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України». Завершуючи доповідь, В. Лапшин ще раз наголосив, що захворювання органів дихання залишаються важливою медико-соціальною проблемою в усьому світі, а вдосконалення діагностики та лікування, профілактика цих хвороб у дітей є не тільки резервом зниження малюкової та дитячої смертності, але і профілактичними заходами щодо зниження захворювань органів дихання у дорослих.



Тему удосконалення діагностики та лікування захворювань дихальної системи у дітей продовжила провідний спеціаліст відділення проблем алергії та імунореабілітації дітей ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктор медичних наук, професор **Тетяна Уманець**, зосередивши увагу слухачів на особливостях перебігу гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) у дітей з atopією. Вона відзначила, що актуальність проблеми для педіатрів зумовлена не тільки

високою частотою ГРІ в загальній захворюваності, але й тим, що в подальшому житті дитини вони стають важливим фактором ризику рецидивуючих та хронічних захворювань, в тому числі алергічних хвороб (в тому числі БА та екземи) у дітей зі спадковою схильністю. І навпаки, існуючі чисельні етіопатогенетичні взаємозв'язки між вірус-індукованою запальною відповіддю та алергічним запаленням, а також недостатність вродженої імунної протівірусної відповіді епітелію респіраторного тракту, яка визначається у дітей з atopією, — все це зумовлює вищу частоту і тривалість ГРІ у дітей з алергічними захворюваннями.

Під час епізоду ГРІ у цих дітей швидко відбувається подальша бактеріальна колонізація, значно підвищується ризик розвитку ускладнень, в тому числі обструкції верхніх та нижніх дихальних шляхів. У дітей раннього віку першою маніфестацією обструкції часто є круп — гострий обструктивний ларингіт, причиною якого у 75% випадків виступає вірус парагрипу I та III типу. Як зауважила доповідач, при відсутності виражених катаральних явищ у дітей з atopією круп необхідно диференціювати з ангіонабряком алергічного генезу. Доведено, що діти з рекурентним крупом мають високий ризик формування БА, особливо це стосується хлопчиків, мешканців міста, дітей віком 7–9 років. Саме тому діти, які перенесли круп, повинні перебувати під спостереженням педіатра протягом перших 3 років після епізоду. Вірусна інфекція є причиною загострень БА у 80–85% дітей, деякі віруси (адено-, ентеро-, рота-, респіраторно-синцитіальні, Епштейна — Барр, цитомегаловіруси) можуть індукувати виникнення гострої кропив'янки в дитячому віці.

Основою патогенетичного лікування у разі крупу є системні кортикостероїди (КС). Професор Т. Уманець наголосила, що клінічно підтверджено доцільність одноразового введення КС навіть при легкому перебігу крупу — це дозволяє запобігти можливому швидкому погіршенню стану дитини, що властиво для цього захворювання. Оновлений Кокрейнівський огляд щодо лікування крупу із застосуванням КС свідчить про покращення симптомів захворювання протягом 3 год і тривалістю до 24 год, зменшення часу перебування у стаціонарі та кількості повторних візитів, низьку загальну частоту побічних ефектів та відсутність тяжких побічних ефектів. Узагальнюючи дані доказової медицини та власних спостережень, промовець підкреслила, що коротко-

часне застосування КС є ефективним та безпечним при гострих респіраторних та алергічних станах, а їх введення у формі ректального преднізону в дозі 100 мг можна вважати альтернативною можливістю надання ефективної швидкої допомоги з мінімізацією стресового навантаження на дітей.

## У фокусі уваги — гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ)



Цьогоріч Симпозіум «Сучасні клінічні рекомендації з лікування респіраторної патології у дітей», яким традиційно відкривається наукова програма Конгресу, було присвячено проблемам раціональної терапії ГРВІ — перш за все тих, що пов'язані з необґрунтованим призначенням антибіотиків та поширенням антибіотикорезистентності. Від групи авторів досвід країн Європи та вітчизняні реалії щодо цієї проблеми представила професор кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук **Інга Мітюряєва-Корнійко**. За її словами, навіть у високорозвинених європейських країнах частота застосування антибіотикотерапії при ГРІ становить до 80%, зокрема у Нідерландах її отримують 37% дітей, а в Данії антибактеріальні препарати найчастіше призначають при гострому риносинуситі та гострому бронхіті. Водночас основний принцип програми Antibiotics SMART Use (Програма раціонального застосування антибіотиків. — Прим. ред.) передбачає застосування антибіотиків лише за наявності

доведеної бактеріальної етіології захворювання.

Промовець наголосила, що адекватна етіотропна терапія при ГРВІ є гарантом позитивного результату лікування без розвитку ускладнень та рецидивів. Як альтернативу антибіотикам професор запропонувала препарат, що містить оригінальний екстракт із коріння пеларгонії, з доведеною комплексною протівірусною, антибактеріальною, протизапальною та імунomodуючою дією. У відозверненні до учасників Конгресу свою українську колегу підтримав голова правління Грузинської респіраторної асоціації, доктор медичних наук, професор **Іван Чхайдзе** (Грузія). Він поділився власним досвідом застосування цього препарату та запросив українських педіатрів взяти участь у VII Конгресі Грузинської респіраторної асоціації, який відбудеться в червні 2020 р.

Ще одну свою доповідь професор І. Мітюряєва-Корнійко присвятила сучасним принципам ведення пацієнтів із тонзилфарингітом. Вона підкреслила, що головним завданням лікаря є зменшення кількості повторних епізодів цієї патології, що дозволяє зменшити навантаження на пацієнта антибактеріальними препаратами та є суттєвим внеском у вирішення медико-соціальної проблеми антибіотикорезистентності. Промовець зазначила, що антибіотикотерапія може бути рекомендована лише за суворими показаннями — лікування повинно бути спрямоване на усунення запалення мигдаликів, нормалізацію їх дренажу та відновлення кільцевого й загального імунітету, що приводить до зменшення кількості епізодів гострого тонзилфарингіту.



Проблеми лікування дітей з ГРВІ з позицій дитячого отоларинголога охарактеризувала професор курсу отоларингології кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету, доктор медичних наук **Світлана Левицька**. Констатували, що зазвичай гострий риніт діагностує та лікує педіатр, вона визначила основні показання до направлення дитини з підозрою на цю патологію до ЛОРа, серед яких — підозра на інше захворювання (етмоїдит, алергія, аденоїди), тяжкий перебіг захворювання, низька ефективність терапії. Головні проблеми діагностики риносинуситу, на думку доповідача, полягають у тому, що:

- діагноз встановлює лікар-педіатр виключно на підставі аналізу клінічних ознак і тривалості захворювання;
- показання до застосування рентгенологічного методу різко звужені, а його чутливість коливається в межах від 40 до 80%;

- немає жодного клінічного чи параклінічного критерію, за яким можна безпомилково діагностувати гострий гнійний синусит.

Виявлення бактерій у носових ходах та носоглотці, як зазначила С. Левицька, не є підтвердженням діагнозу гнійного синуситу, оскільки у 75% дітей віком до 2 років носоглотка поетапно колонізується представниками великої трійки респіраторних патогенів — *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* та *Moraxella catarrhalis*. Самої лише наявності інфекційного збудника недостатньо для розвитку запального процесу — необхідно його умовою є порушення місцевої імунної відповіді та роботи мукоциліарного епітелію. Таким чином, ключовим моментом патогенезу синуситу є блокада природних отворів синусів внаслідок змін якості, кількості та транспортабельності слизу у вузьких анатомічних структурах. За словами науковця, це зумовлює доцільність застосування у ролі патогенетичної терапії препаратів, які дозволяють відновити природне дренирування синусів за рахунок зняття блоку співусть, зменшення в'язкості слизу, відновлення роботи мукоциліарного кліренсу. Доповідач рекомендувала раннє стартове застосування комбінації натуропатичних препаратів із протинабряковими, секретолітичними, імуномодулюючими властивостями, що сприяє швидкому зменшенню вираженості симптоматики, зменшує фармакологічне навантаження на організм і запобігає виникненню антибіотикорезистентності.

Тему пошуку ефективної та безпечної альтернативи антибіотикотерапії при гострому бронхіті у дітей продовжила завідувач кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор **Олена Колоскова**, яка ознайомила присутніх із доказовою базою щодо успішного застосування оригінального екстракту з коренів пеларгонії та поділилася з колегами власним досвідом його застосування при лікуванні дітей із цією патологією.



Про сучасні можливості лікування у разі найпоширеніших вірусних інфекцій у дітей поінформував завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Сергій Крамарьов**. Особливу увагу він приділив кору, на якій у нашій країні станом на вересень 2019 р. захворіли 57 301 особа (з них — 30 262 дитини), з них 20 померли. Сучасні рекомендації щодо лікування цієї інфекції передбачають призначення вітаміну А (його дефіцит пов'язаний із тяжким перебігом захворювання) та симптоматичну терапію. ВООЗ рекомендує у разі кору у дітей застосовувати вітамін А протягом 2 днів у дозах:

- 50 000 МО/добу — у віці до 6 міс;
- 100 000 МО/добу — у віці 6–11 міс;
- 200 000 МО/добу — дітям віком старше 1 року.

Ще однією поширеною вірусною інфекцією є вітряна віспа — в Україні у 2018 р. цей діагноз встановлено у 127 476 осіб, серед яких більшість становили діти — 113 094. Згідно із сучасними рекомендаціями CDC (Centers for Disease Control and Prevention — Центр контролю та профілактики захворювань, США) та AAP (The American Academy of Pediatrics — Американська асоціація педіатрів) (2018), при цьому захворюванні призначаються препарати прямої противірусної дії — ацикловір або валацикловір. Подібна терапія може бути застосована:

- при тяжких, ускладнених формах захворювання;
- у здорових осіб віком старше 12 років;
- у пацієнтів із хронічними шкірними або легеневиими захворюваннями;
- у пацієнтів, які отримують короткотривалу терапію саліцилами або короткі, переривчасті чи аерозольні курси КС;
- при повторних внутрішньосімейних випадках захворювання;
- у вагітних, особливо у II або III триместр вагітності;
- у пацієнтів з імунodefіцитами.

Доповідач підкреслив, що максимальний ефект від противірусної терапії відзначається при її застосуванні в перші 48 год після появи висипань. При лікуванні дітей з неускладненою фор-

мою вітряної віспи пероральна терапія ацикловіром або валацикловіром не рекомендується!

Згідно із критеріями ВООЗ, сезон грипу щорічно починається 1 жовтня та закінчується 1 квітня, тому, як зауважив професор С. Крамарьов, — сезон грипу в Україні вже стартував. Для лікування та профілактики цієї вірусної інфекції застосовують інгібітори нейрамінідази, серед яких в Україні зареєстровані лише озельтамівір та занамівір, досі не зареєстрований перамівір — парентеральний інгібітор нейрамінідази подовженої дії, однієї ін'єкції якого достатньо на весь курс лікування. В останні два роки у світі накопичується досвід застосування нового препарату — балоксавіру — із принципово відмінним механізмом прямої противірусної дії за рахунок інгібування ендонуклеаз вірусу грипу, що перешкоджає транскрипції вірусної РНК та блокує реплікацію вірусу.

Професор нагадав, що застосування для емпіричної терапії препаратів амантадинового ряду (в тому числі римантадину) не рекомендовано, оскільки до них виявилися резистентними 80% вірусів грипу. Посилаючись на дані доказової медицини та результати власних досліджень, С. Крамарьов відзначив ефективність, безпеку та економічні переваги одного з комплексних гомеопатичних препаратів при лікуванні найпоширеніших вірусних інфекцій у дітей.

На завершення роботи засідання його координатор професор І. Мітюряєва-Корнійко озвучила запропоновані для внесення в резолюцію Конгресу основні положення резюме Симпозіуму: «Враховуючи високий рівень захворюваності та смертності від респіраторно-вірусної патології у дітей в Україні, екологічні та медико-соціальні особливості території, кризовий стан обмеженого переліку педіатричних лікарських засобів, недоступність діагностичних експрес-методів, а також для запобігання поширенню антибіотикорезистентної інфекції потрібно вжити таких заходів:

- створити міждисциплінарні педіатричні групи авторитетних лікарів-спеціалістів для розроблення Національних клінічних рекомендацій з ведення пацієнтів із різними синдромами ГРЗ з обов'язковим включенням противірусної, етіотропної та комплексної патогенетичної терапії, заснованої на принципах доказової медицини та мінімізації призначення антибіотиків;
- розглянути питання про включення в перелік лікарських засобів, вартість яких відшкодовується в системі медичного страхування, високоефективних та безпечних натуропатичних препаратів, що мають широке національне та міжнародне визнання;
- підвищити доступність та якість комплексної профілактичної та реабілітаційної допомоги дітям при рецидивуванні та хронізації процесів із застосуванням дієвих натуропатичних засобів та методів вакцинації;
- для оптимізації фармакотерапії ГРЗ у дітей в Україні підвищити інтенсивність клінічних, епідеміологічних та інших наукових досліджень у дитячій популяції».

## На що хворіє вітчизняна педіатрія?

Хоча назва доповіді завідувача кафедри педіатрії № 2 НМУ імені О.О. Богомольця члена-кореспондента НАМН України, доктора медичних наук, професора **Олексія Волосовця** звучала досить оптимістично: «Кадрові проблеми української педіатричної здоровоохорони у контексті загальноєвропейських трендів», але вже на перших її хвилинах делегати Конгресу зрозуміли, що наша медицина та європейські тренди наразі рухаються у протилежних напрямках. Зростання поширеності хвороб у дітей (кір, туберкульоз, ВІЛ-інфекція), за якими наша країна посідає одне з перших місць у Європі, потребує ефективної, відповідно матеріально оснащеної та укомплектованої кадрами системи медичної допомоги дітям, але невблаганна статистика свідчить, що ми втрачаємо наш кадровий потенціал. У всіх країнах Європейського Союзу, крім Франції, Бельгії, Німеччини, Ізраїлю та Ірландії, пацієнтів віком до 6 років ведуть виключно педіатри, а в нашій країні велику частку цієї відповідальності намагаються перекласти на сімейних лікарів.

Тоді як за останні 20 років у країнах Європейського Союзу зросла кількість лікарів-педіатрів, а забезпеченість дитячими лікарями нині становить 0,9 на 1000 дитячого населення віком

до 15 років, в Україні кількість лікарів у закладах системи МОЗ України тільки за останні 5 років зменшилась на 31,9%. Кількість дитячих лікарів в Україні за останні 8 років зменшилася на 3,9 тис. осіб, а укомплектованість погіршилась у 1,42 раза, на 1,6 тис. лікарів зменшилась кількість лікарів-педіатрів міських дільниць, а укомплектованість погіршилась майже у 1,5 раза. На 228 осіб зменшилась кількість неонатологів, на 180 осіб — дитячих інфекціоністів, на 65 осіб — дитячих кардіоревматологів, стає все менше дитячих гастроентерологів та нефрологів. Ці дані, за словами доповідача, свідчать про зниження доступності первинної, вторинної та третинної медичної допомоги для дитячого населення країни.

За останні 6 років щорічний прийом у медичні заклади вищої освіти за спеціальністю «Педіатрія» скоротився на понад 1000 осіб, за цією спеціальністю студентів готують лише 9 із 14 медичних університетів. У 2019 р. по всій країні на спеціальність «Педіатрія» було прийнято лише 197 осіб (з них близько 70 осіб поступили до НМУ імені О.О. Богомольця). Серед методів поліпшення кадрового забезпечення педіатричної охорони здоров'я професор О. Волосовець назвав:

- розширити підготовку дитячих лікарів до 1000 осіб, з них до 500 педіатрів підготувати для потреб села за цільовим регіональним держзамовленням з подальшим відпрацюванням відповідно до укладеного договору;
- першочергово запровадити резидентуру з вузьких педіатричних спеціалізацій, перш за все, зі спеціальностей «Дитячі інфекційні хвороби», «Неонатологія», «Дитяча анестезіологія»;
- збільшити тривалість інтернатури за спеціальністю «Педіатрія» до 3 років, а наступні вторинні спеціалізації через резидентуру — до 2 років;
- поліпшити соціальний захист і престиж праці дитячих лікарів — за участю об'єднаних територіальних та місцевих громад, за рахунок соціальних пільг, стимулів для педіатрів за кращі результати роботи.

Доповідач наголосив, що існуюча у вітчизняній педіатрії творча єдність професіоналів — практиків, науковців, освітян, найбільша кількість докторів наук порівняно з іншими спеціальностями, високий рівень оснащення існуючих у країні 49 педіатричних кафедр — все це вселяє надію на позитивні зміни в галузі. Наприкінці доповіді професор О. Волосовець висловив впевненість, що

новий формат комунікацій між Асоціацією педіатрів, іншими медичними асоціаціями, МОЗ та відповідним Комітетом Верховної Ради України дозволить створити державну програму, в якій знайдеться місце і для освіти, і для науки, і для практики. «Хай живе вітчизняна педіатрія!» — проголосив він.

### Сучасні підходи в терапії при алергічному риніті

Окремий Симпозіум було присвячено темі новітніх підходів до терапії захворювань носової порожнини, перш за все — алергічного риніту. Без сумніву, делегати Конгресу були в захопленні від яскравої доповіді італійського колеги — члена Італійської асоціації оториноларингології, хірургії голови та шиї (Italian Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery — SIOeCHCF), співробітника Науково-дослідного центру DMG (Рим, Італія) **Валеріо Даміані**. Промовець привернув увагу слухачів до значення назофарингеальної мікробіоти як головного «вартового» на шляху розвитку найрізноманітнішої патології дихальної системи. За його словами, однією з передумов розроблення принципово нового методу лікування цих захворювань стало дослідження, що виявило у складі мікрофлори носоглотки у дітей з рецидивуючими отитами значно меншу кількість  $\alpha$ -гемолітичних стрептококів, ніж у не схильних до отиту дітей. З'ясувалося, що збіднення мікробіоти носової порожнини за рахунок не лише зменшення кількості, але й біорізноманіття мікроорганізмів (в тому числі комменсалів і патобіонтів) може значно підвищувати сприйнятливості до інфекційних і алергічних захворювань, таких як хронічний риносинусит, тонзиліт, алергічний риніт, БА тощо.

Було висунуте припущення, що відновлення назофарингеальної екосистеми можна досягнути за рахунок її збагачення природними комменсалами — бактеріями, що походять із мікробіоти слизової оболонки верхніх дихальних шляхів здорової людини. Було запропоновано використовувати комбінацію пробіотичних штамів — *Streptococcus salivarius 24SMB (S. salivarius)* та *Streptococcus oralis 89a (S. oralis)* — як дієву альтернативу антибіотикам, що сприяє відновленню збалансованої мікрофлори верхніх дихальних шляхів при одночасному зниженні чи запобіганні адгезії та колонізації потенційних патогенів. Промовець навів дані досліджень, що підтвердили високу ефективність, безпеку і хорошу переносимість інтраназального введення комбінації цих пробіо-



тичних бактерій для зниження ступеня гіпертрофії аденоїдних вегетаций, запобігання рецидивам гострого середнього отиту та інших рецидивуючих інфекцій верхніх дихальних шляхів. Окрім того, в експериментах *in vitro* виявлено здатність *S. salivarius* і *S. oralis* перешкоджати формуванню патогенними мікроорганізмами біоплівки у верхніх дихальних шляхах та руйнувати попередньо сформовані біоплівки.

Як поінформував аудиторію В. Даміані, ще один перспективний напрямок терапії при алергічних захворюваннях респіраторного тракту пов'язаний із впливом на прозапальний цитокін HMGB1 (High Mobility Group Protein Box 1). У нормі цей негістоновий ядерний білок бере участь у процесах реплікації ДНК, але в умовах запалення він вивільняється з клітин ендотелію мікроциркуляторного русла та відіграє роль одного з ключових цитокинів запального каскаду. Він має здатність стабілізувати еозинофіли, підвищувати їх метаболічну активність та запобігати загибелі у процесах алергічного запалення.

Результати нещодавніх досліджень свідчать, що підвищення концентрації HMGB1 у назальному секреті позитивно корелює зі ступенем тяжкості алергічного риніту у дітей, що, за словами доповідача, дозволяє вважати цей протеїн одним із маркерів алергічного запалення, який за інформативністю навіть перевищує традиційні маркери — загальну кількість еозинофілів та вміст загального IgE. Встановлено, що гліциризинова кислота — стероїдний сапонін, який міститься у солодці (*Glycyrrhiza glabra*), здатний змінювати конформацію екстрацелюлярного HMGB1 та повністю інактивовувати його, тим самим запобігаючи про-екторній дії HMGB1 на еозинофіли. В. Даміані навів дані доказової медицини, підтверджені результатами власних досліджень, які свідчать про високу, зіставну з назальними КС ефективність інтраназального застосування препарату на основі гліциризинової кислоти при алергічному риніті.

## Зберегти мікробіом — фітотерапія vs антибіотик

Тему значення мікробіоти для організму людини продовжив ще один зарубіжний гість Конгресу — директор Інституту медичної мікробіології та гігієни Університету Регенсбургу (Німеччина) професор **Андре Гесснер**. Він навів дані оригінальних досліджень, які переконливо продемонстрували унікальність мікробіому для кожного окремого індивідууму, його пластичність і водночас відносну стабільність, тобто можливість повернення до вихідного стану після припинення дії патогену. З порушенням мікробіому сьогодні асоціюють виникнення та прогресування багатьох захворювань, зокрема алергії, онкологічних, аутоімунних та серцево-судинних захворювань, метаболічних розладів, нервових та навіть психічних хвороб. За словами доповідача, цілком можливо, що медицина майбутнього буде «лікувати не самого хворого, а його мікробіоту» — тобто цілеспрямовано впливати на продукцію ензимів та інших біологічно активних речовин певними бактеріями, що мешкають в організмі людини.

Особливу увагу А. Гесснер приділив можливостям корекції мікробіому кишечника, в тому числі за допомогою антибіотиків, пре- та пробіотиків, трансплантації мікробіоти. Він наголосив, що щоразу призначаючи антибіотик, лікар повинен пам'ятати про його вплив на мікробіом, який може спричинити:

- накопичення антибіотикорезистентності (тяжкий перебіг бактеріальних інфекцій);
- зниження захисної дії мікробіому (інфікування екзогенними патогенами чи опортуністичними представниками мікробіоти);
- порушення імунного гомеостазу, підвищення ризику алергічних, запальних та аутоімунних захворювань;
- виникнення порушень метаболізму (ожиріння, метаболічний синдром, цукровий діабет) внаслідок впливу на мікробіоту, яка бере участь у процесі травлення.

Запропонована промовцем стратегія запобігання надмірному застосуванню антибіотиків включає:

- профілактику (гігієну, вакцинацію);
- діагностику етіології захворювання (вірусної чи бактеріальної) — аналіз мікробіому шляхом ДНК-секвенування нового покоління;
- призначення замість недоцільних антибіотиків фітотерапії.

## Вітамін D у практиці педіатра

«Чому вітамін D такий важливий для організму людини і в чому причина недостатньої ефективності заходів щодо подолання його дефіциту у дітей?» — відповіді на ці запитання делегати Конгресу почули, послухавши доповідь «Вітамін D у практиці педіатра та сімейного лікаря — від народження до зрілості», представлену від групи науковців ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАНМ України» керівником відділення проблем здорової дитини та преморбідних станів Інституту, доктором медичних наук, професором **Людмилою Квашніною**. Відзначивши, що вже понад шість десятиліть в Інституті проводяться дослідження з проблем дефіциту вітаміну D у вагітних та новонароджених, у дітей з різною соматичною патологією, доповідач охарактеризувала передумови збереження актуальності для вітчизняних педіатрів питань забезпеченості вітаміном D, серед яких:

- відсутність офіційних даних про поширеність рахіту та D-гіповітамінозу в Україні;
- наявність рахіту різного ступеня тяжкості у 53% дітей, які отримували вітамін D у профілактичній (500 МО) дозі;
- підвищення частоти остеопенії та остеопорозу в дитячому віці;
- до 80% лікарів не призначають вітамін D дітям віком старше 1 року;
- 95% лікарів асоціюють недостатність вітаміну D лише з розвитком рахіту;
- лише 2% лікарів знають, що при дефіциті вітаміну D порушується не тільки кальцієвий гомеостаз дитини.

Як підкреслила професор Л. Квашніна, вітамін D впливає не тільки на мінеральний, але й на всі інші види обміну речовин. Рецептори до вітаміну D мають більше ніж 30 органів і тканин, а підтверджена дослідженнями кількість захворювань, які безпосередньо чи опосередковано пов'язані з його дефіцитом, вже перевищила півтори сотні — окрім захворювань кісткової тканини, він асоційований із хворобами шкіри (псоріаз, екзема тощо), онкологічною патологією (перш за все — рак товстої кишки), аутоімунними, серцево-судинними захворюваннями та навіть із психоневрологічними порушеннями (аутизм, епілепсія, хвороба Альцгеймера, депресія!).

Маркером забезпечення організму дитини вітаміном D є концентрація в сироватці крові основного циркулюючого метаболіту — гідроксиколекальциферолу 25(OH)D — його оптимальний рівень становить від 30 до 75–80 нг/мл.

Доповідач наголосила, що з 2008 р. профілактичною добою дозою вітаміну D для постнатальної профілактики рахіту вважається 1000 МО. У разі якщо дитина перебуває на штучному вигодовуванні, отримує продукти, збагачені вітаміном D, то, як пояснила Л. Квашніна, слід включати його вміст у цих продуктах у підрахунок загальної дози. При грудному вигодовуванні добу профілактичну дозу 1000 МО отримують як дитина, так і жінка, яка годує грудьми. За наявності у дітей патології, яка може суттєво вплинути на обмін вітаміну D, або в разі лікування препаратами, які зменшують його засвоєння, дозу коригують — вона може бути підвищена до 4000 МО.

Згідно з рекомендаціями Глобального консенсусу з профілактики та ведення аліментарного рахіту (Global Consensus recommendations on prevention and management of nutritional rickets, 2016), вітамін D призначають у добовій профілактичній дозі:

- дітям віком до 1 року — в дозі 400–1000 МО (максимально — до 2000 МО);
- дітям віком 1–18 років — 600–1000 МО (максимально — 4000 МО);
- дорослим віком 18–65 років — 600–2000 МО (максимально — 4000 МО);
- при ожирінні — до 10 000 МО.

При дефіциті вітаміну D його призначають протягом 1–3 міс у добовій терапевтичній дозі:

- новонародженим — 1000 МО;
- дітям віком 1–12 міс — 1000–3000 МО;
- дітям віком 1–18 років — 3000–5000 МО;
- дорослим — 7000–10 000 МО.

Науковець відзначила, що рецептор вітаміну D здатний активувати майже десятку частину генів організму — 2727 із 25 тисяч, але без кальцію вітамін D не може включити 525 кальційзалежних білків. Тому ці препарати потрібно застосовувати одночасно, пам'ятаючи, що при підвищенні дози вітаміну D вище 2000 МО дитина не повинна отримувати більше ніж 500 мг кальцію на добу.

Тему ролі дефіциту вітаміну D у розвитку різних патологічних станів продовжив завідувач кафедри педіатрії № 1 та медичної генетики ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор **Олександр Абатуров**. Розглядаючи вітамін D як один з мікронутрієнтів, есенціальних для функціонування імунної системи, до яких також відносять вітаміни А, Е, фолієву кислоту, залізо, селен та цинк, доповідач зосередив увагу аудиторії на участі вітаміну D в реакціях неспецифічного захисту. Як поінформував професор, експериментальні дані свідчать, що цей мікронутрієнт здатний не тільки знижувати активність Т-хелперних клітин (Th) — Th1 та Th17-лімфоцитів та підвищувати активність Th2-лімфоцитів, але і впливати на продукцію антимікробних пептидів — дефензинів і кателіцинів, які є важливими компонентами первинного імунного захисту проти бактеріальних збудників. Індукуючи експресію кателіцину та іншого антимікробного пептиду — HBD-2 — він бере участь і у противірусній відповіді. На основі наведених даних доповідач зробив висновок, що застосування мікронутрієнта вітаміну D показано при лікуванні пацієнтів з інфекційними захворюваннями та дефензин-дефіцитними станами.

### Рациональне харчування немовлят

Тема раціонального харчування, безумовно, є однією з нагальних у щоденній практиці педіатрів. Саме невирішеним питанням міжнародних стандартів вигодовування немовлят присвятила доповідь завідувач кафедри педіатрії № 1 Вінницького національного медичного інституту імені М.І. Пирогова доктор медичних наук, професор **Вероніка Дудник**. Проаналізувавши та порівнявши рекомендації провідних міжнародних інституцій — ВООЗ та ЮНІСЕФ, ААР, ESPGHAN (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition — Європейське товариство дитячої гастроентерології, гепатології та харчування), — науковець резюмувала їх у висновках своєї доповіді:

- грудне вигодовування — золотий стандарт харчування дітей віком до 1 року;
- грудне молоко повністю забезпечує потреби здорового доношеного малюка у поживних речовинах та рідині до 6 міс;
- після 6 міс виключно грудного вигодовування (іноді — після 4 міс) необхідне введення прикорму з продовженням грудного вигодовування на менше як до 1 року;
- за наявних протипоказань до грудного вигодовування або якщо воно неможливе з інших причин, для здорової доношеної дитини показане використання сумішей для штучного вигодовування немовлят:
  - вибір сумішей базується на білковій та енергетичній потребі дитини, суміш має бути адаптованою до відповідних харчових потреб та максимально толерантною до фізіологічних особливостей організму малюків;
  - у більшості адаптованих сумішей для здорових вчасно народжених дітей джерелом білка є молоко тварин (коров'яче, козяче), яке після процесів адаптації відповідає потребам дитини для повноцінного росту та розвитку.

### Первинні імунodefіцити (ПІД) у практиці педіатра

Проблеми діагностики та сучасні можливості лікування ПІД розглянула професор кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук **Людмила Чернишова**. За її словами, недіагностованими залишаються 70–90% ПІД, тому від обізнаності кожного лікаря щодо цієї патології залежить, чи потрапить така дитина до дитячого імунолога. Доповідач привернула увагу педіатрів до головних проявів ПІД, серед яких:

- інфекційний синдром (основний прояв) — шкірні інфекції, менінгіт, бактеріємія, остеомієліт, кон'юнктивіт, а при ПІД антитілоутворення типовими є рекурентні синопульмонарні інфекції (отит, синусит, пневмонія);
- опортуністичні інфекції (маркери ПІД) — пневмоцистна пневмонія (виникає тільки у дітей з імунodefіцитом!), грибкові інфекції (рецидивуюча молочнича ротової порожнини у дітей віком старше 1 міс, які не отримують антибіотиків), вісцеральні прояви герпетичних інфекцій;
- аутоімунні прояви — цитопенії, аутоімунні ураження щитоподібної залози, діабет, ураження суглобів, гепатит, вітиліго, алопеція, запальні захворювання кишечника, целіакія, васкуліт.

Як поінформувала промовець, підтвердити діагноз більшості ПІД стало можливим завдяки імунологічним методам, а також генетичній діагностиці — її в Україні проводять для слов'янської мутації синдрому Ніймегена, частково — для атаксії-телеангіектазії (синдрому Луї — Бар), FISH-метод використовують для виявлення синдрому Ді Джорджі. Завдяки сучасним методам лікування ПІД перестали бути фатальними захворюваннями — сьогодні в арсенал імунологів входить замісна терапія препаратами імуноглобулінів, трансплантація кісткового мозку від спорідненого донора (радикальний метод з позитивним результатом 80%), генотерапія (аутоотрансплантація генетично коригованих гемопоетичних клітин), імуномодулююча (супресивна) терапія із застосуванням КС, метотрексату, азатиоприну, препаратів біологічної терапії. «Роль кожного лікаря в подоланні проблем ПІД полягає в настороженості щодо цієї патології та в направленні пацієнта до дитячого імунолога при підозрі на ПІД», — підсумувала професор Л. Чернишова.

### Інноваційна система моніторингу здоров'я немовлят

Велику зацікавленість аудиторії викликала інноваційна система комплексного моніторингу і оцінки стану здоров'я дитини віком до 18 міс, з якою ознайомила колег лікар-педіатр, кандидат медичних наук **Віра Гаршман**. Система націлена на інтегроване вирішення таких актуальних проблем педіатрії, як несвоєчасна діагностика та недостатньо ефективна комунікація між лікарем і батьками хворої дитини. Однією з її складових є синхронізовані між собою мобільні додатки для батьків та лікарів, які дозволяють моніторувати та обмінюватися даними в режимі реального часу щодо фізичного розвитку дитини в перші 2 роки життя, режиму харчування та сну, дотримання календаря щеплень, контролю за призначеним лікуванням; а також проводити сканування результатів аналізу сечі. До системи діагностики входять спеціальні діагностичні підгузки та планшети для експрес-аналізів сечі, завдяки яким можна за 60 с визначити рН, вміст глюкози, кетонів та нітритів. Збір і зберігання сечі відбувається за допомогою прикріпленого до підгузка спеціального накопичувача, а в основі експрес-тестів лежить запатентована технологія з використанням методу сухої хімії. Облік результатів тестування проводиться візуально, шляхом порівняння реакгентної зони планшета із блоками кольорової шкали для скринінгового аналізу сечі. Як відзначила доповідач, основними перевагами такого дослідження є безболісність збору біоматеріалу у дітей раннього віку (розміри підгузків розраховані для дитини з масою тіла до 25 кг), швидкість проведення аналізу сечі та можливість отримання його результатів у домашніх умовах або безпосередньо під час прийому лікаря. В найближчому майбутньому передбачається випуск ще одного різновиду планшетів — для визначення питомої ваги сечі та вмісту в ній лейкоцитів, еритроцитів та білка, а в перспективі планується за їх допомогою проводити бактеріальні дослідження сечі.

На Конгресі пролунало ще багато змістовних та актуальних за піднятими проблемами доповідей, проведених у рамках 4 симпозіумів. Під час заходу відбулося 9 пленарних засідань, на яких обговорювали найактуальніші проблеми сучасної педіатрії, в тому числі й ті, що стосуються:

- пульмонології та алергології дитячого віку;
- сучасних досягнень гастроентерології, гепатології та нутриціології;
- дитячої кардіоревматології;
- нефрології дитячого віку;
- соціальної педіатрії та організації медичної допомоги дітям;
- базової підтримки життя в педіатрії відповідно до рекомендацій American Heart Association.

Традиційно робота Конгресу завершилась обговоренням та прийняттям Резолюції. Усі учасники зібрання мали змогу отримати сертифікат для атестації на присвоєння (підтвердження) лікарської кваліфікаційної категорії та зарахувати встановлену кількість балів відповідно до «Шкали значень різних видів діяльності лікарів (провізорів) у період між передатестаційними циклами» (Наказ МОЗ від 07.07.2009 р. № 484).

*Вікторія Ніколаєнко,  
фото Сергія Бека*