



УДК 616-053.2+351.77:614

ТОЛСТАНОВ О.К.

Міністерство охорони здоров'я України

ПРІОРИТЕТНІ ЗАВДАННЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ ОСВІТИ ТА НАУКИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Резюме. У статті зазначені головні завдання, що постають перед науковцями та освітянами в контексті реформування сучасної галузі охорони здоров'я для поліпшення здоров'я дітей. Приділено увагу питанням впровадження міжнародного досвіду в галузі надання спеціалізованої допомоги новонародженим, імунізації інфекційних хвороб. Підкреслені існуючі проблеми та досягнення при наданні медичної допомоги дітям в Україні, а також визначені перспективні напрямки педіатричної науки.

Ключові слова: діти, наука, освіта, педіатрія, реформа охорони здоров'я.

Ми повинні показати конкретні очікувані результати реформ у конкретних часових рамках з відповідними конкретними результатами.

**Міністр охорони здоров'я України
Р.В. Богатирьова**

Проблема охорони здоров'я дітей є найважливішою складовою частиною сучасної охорони здоров'я України і має провідне значення для формування здоров'я нації. У забезпеченні належної медичної допомоги дітям важко переоцінити значення висококваліфікованих медичних кадрів, удосконалення їх до- та післядипломного навчання, освіти протягом усього життя (lifelong learning), ефективного впровадження досягнень сучасної науки, доказової медицини (evidence-based medicine) у практику.

В останні роки суттєвим кроком у покращенні якості охорони здоров'я дітей України стало відкриття регіональних перинатальних центрів із замкнутим циклом надання допомоги у межах національного проекту «Нове життя» — нова якість охорони материнства та дитинства», який реалізується під патронатом Президента України В.Ф. Януковича.

Це надало можливість концентрувати матеріальні ресурси, впроваджувати високоефективні медичні технології й забезпечувати високий рівень лікувально-діагностичного процесу. Унаслідок впровадження цього проекту в нашій країні за перше півріччя 2013 року досягнуто зниження показника втрат дітей першого року життя до 7,6 на 1000 народжених живими, що відповідає рівню ЄС, а у 2012

році показник малюкової смертності порівняно з 2011 роком було знижено на 15 %.

Наразі МОЗ України налагоджено систему безперервного навчання медичних кадрів для мережі перинатальних центрів спільно з провідними фахівцями із Німеччини та Національною академією медичних наук, впроваджено систему телемедичних консультацій; чітко визначено маршрут вагітних із високим перинатальним ризиком; кількість пологів у нововідкритих перинатальних центрах збільшилась і, як наслідок, збільшився показник виживання дітей, народжених із критично низькою масою тіла.

Протягом 2011–2013 років у рамках цього проекту було відкрито 11 перинатальних центрів III рівня у Кіровоградській, Харківській, Донецькій, Дніпропетровській, Житомирській, Полтавській, Рівненській, Хмельницькій, Луганській областях, в АР Крим та м. Києві, а до кінця 2014 року вони почнуть працювати в усіх регіонах України.

Очікувані результати реалізації проекту дозволять створити засади для досягнення Україною оновлених Цілей розвитку тисячоліття, проголошених Президентом України В.Ф. Януковичем на Саміті ООН у 2010 році, а саме зменшення на 17 % рівня смертності дітей віком до 5 років.

Зусилля науковців та освітян мають бути зосереджені, зокрема, на вдосконаленні технологій виходжування передчасно народжених немовлят, зокрема, на розв'язуванні проблем респіраторних

© Толстанов О.К., 2013

© «Здоров'я дитини», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

розладів, внутрішньошлуночкових крововиливів, інфекцій. Приєднання України до міжнародної практики виходжування новонароджених із низькою масою тіла диктує необхідність ретельного вивчення досвіду країн, що вже тривалий час працюють із високими перинатальними технологіями.

Наприклад, оптимальним є індивідуальний підхід до кожної дитини з дуже малою масою тіла, який було сформульовано Dr. Heidelise Als з Гарварду у вигляді концепції неонатального індивідуального розвиткового догляду NIDCAP. Таке міжнародне науково-освітнє співробітництво в умовах світу, що глобалізується, є надзвичайно потрібним.

Як відомо, Україна є членом ВООЗ із 1948 року, а підходи ВООЗ, згідно з якими здоров'я розглядається водночас як ресурс і мета розвитку та ключ до процвітання, відповідає принципам нашої державної політики в соціально-економічній галузі.

Ця співпраця здійснюється насамперед через Європейське регіональне бюро відповідно до рамок угод з пріоритетних напрямків. Україна зацікавлена у використанні потенціалу та накопиченого ВООЗ міжнародного досвіду для розв'язання насамперед таких проблем, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, рак, серцево-судинні захворювання, діабет, тютюнопаління, безпека продуктів харчування, психічне здоров'я, безпека крові і, безумовно, здоров'я матері і дитини. Ці заходи мають узгоджуватися з нашими національними пріоритетами та стратегіями і враховувати специфіку ситуації в країні, особливості національної системи охорони здоров'я.

Для педіатрії та сімейної медицини особливого значення набуває співпраця у сфері імунопрофілактики. Прем'єр-міністр України М.Я. Азаров зазначив: «Ситуація з рівнем біологічної безпеки в країні така, що залишати все як є просто неможливо. Ми ризикуємо втратити «іmunний щит нації» від небезпечних і досі поширених хвороб. Але висновок один: вакцинація життєво необхідна, а систему вакцинації для країни з населенням 45 мільйонів чоловік потрібно вдосконалити». Говорячи про виконання цього життєво важливого завдання, слід зазначити, що наша країна активно співпрацює з Бюро ВООЗ в Україні та іншими міжнародними організаціями із впровадження сучасних методик і тактик імунізації.

Міністерство й особисто міністр охорони здоров'я України Р. Богатирьова розглядають питання імунізації як складову національної безпеки нашої держави. У країні діє чітка державна політика щодо імунопрофілактики, складовими якої є державна програма, національний календар, система контролю якості за вакцинами, система реагування та розслідування у випадках погіршення стану здоров'я після вакцинації, незалежна науково-технічна група.

Міністерство шукає шляхи для забезпечення розширення кола виробників імунобіологічних препаратів з метою посилення конкурентного середовища і диверсифікації можливостей забезпечення вакцинами. Усі вакцини, які закуповує міністерство

та які використовуються для вакцинації, зареєстровані в Україні і перед централізованим постачанням до регіонів проходять лабораторний контроль якості. Якщо вакцина зареєстрована, то вона вже пройшла відповідне випробування, має відповідний сертифікат, але перед відправленням вакцини в регіони вона знову проходить контроль якості.

Йде експертне обговорення Національного календаря щеплень, заплановано затвердити узагальнені пропозиції для остаточного внесення змін у зазначений календар. Спеціалістами пропонується внести деякі зміни в терміни та інтервали проведення щеплень проти гепатиту В, для профілактики дифтерії, кашлюку, правця, для профілактики поліомієліту. Також відповідно до рекомендацій ВООЗ, яка пропонує збільшити кількість обов'язкових щеплень (яких нині в Україні десять) на більшу кількість, рекомендовано внести до Національного календаря щеплень пневмококову вакцину, яку використовують фактично всі розвинені країни світу; менінгококову вакцину, що може забезпечити зниження захворювань у структурі менінгітів на 50 %, та вакцину проти папіломавірусу, що має суттєво вплинути на кількість захворювань на рак шийки матки.

Визначальним фактором поряд з іншими складовими забезпечення повної потреби закладів охорони здоров'я необхідними імунобіологічними препаратами є їх державні закупівлі. Так, недофінансування закупівлі імунобіологічних препаратів за минулі роки створило прошарок неімунізованих дітей, які потребують вакцинації у наступних роках. Сформувалася так звана «накопичена потреба», яку ми надолужуємо до сьогодні. У рамках планової вакцинації за кошти 2012–2013 року вакцинуються діти 2010–2011–2012 років. Тому реальна потреба у фінансуванні значно перевищує показники фінансування закупівлі вакцин для планової вакцинації, закладені в державній Програмі.

В умовах обмеженого фінансування ефективно здійснення державних закупівель стає визначальним фактором забезпечення необхідними імунобіологічними препаратами. В останні роки помітно підвищено ефективність державних закупівель шляхом досягнення економії бюджетних коштів. За 3 останні роки на закупівлі імунобіологічних препаратів заощаджено понад 44 млн грн, що дозволило здійснювати додаткові закупівлі вакцини і підвищувати показники охоплення вакцинацією.

За підсумками закупівель вакцин у 2011 році заощаджено понад 23 млн грн, у 2012 році — ще 1,4 млн грн, а у 2013 році — 20,7 млн грн. Цього року централізовані закупівлі здійснюються з підвищеною оперативністю, а вакцинація дітей першого року життя є першочерговою і найбільш пріоритетною. На сьогодні в регіонах України наявні основні вакцини для проведення планових щеплень дітям відповідно до чинного календаря профілактичних щеплень.

Однак, як зазначив президент НАМН України А.М. Сердюк, «сучасні проблеми вітчизняної охо-

рони здоров'я лежать не лише в економічній площині...». Імунізація перебуває під пильною увагою медичної спільноти, науковців, громадськості та засобів масової інформації і є одним із пріоритетів діяльності МОЗ України, оскільки це питання безпеки нашої держави та здоров'я майбутніх і нинішніх поколінь.

Хочу окремо зупинитися на ролі такого поширеного в педіатрії збудника, як *Streptococcus pneumoniae*.

Пневмокок є провідною причиною захворюваності, особливо дітей перших років життя. Це інфекції дихальних шляхів, гострий середній отит, синусит, а інвазивні форми зазначеної інфекції спричиняють пневмонію, менінгіт і септицемію. Вказаний грампозитивний диплокок має полісахаридну капсулу, яка і є головним чинником вірулентності мікроорганізму, заснованої на можливості послаблювати фагоцитоз бактеріальної клітини. Дослідниками визначено понад 90 серотипів пневмокока. Новонароджена дитина отримує від матері антитіла до багатьох типів пневмокока, проте потім у міру зниження рівнів антитіл захворюваність підвищується, і до 3-річного віку рівень антитіл залишається низьким, досягаючи рівня дорослих тільки в шкільному віці.

Пневмококова інфекція відповідальна за смерть понад 1 млн дітей щороку по всьому світу. Сучасна стійкість пневмокока до антибіотиків є особливою проблемою громадської охорони здоров'я — 15–30 % його ізолятів характеризується множинною лікарською стійкістю до ≥ 3 класів антибіотиків. Отже, не викликає сумнівів, що наші зусилля мають спрямовуватися на запобігання розвитку захворювань, викликаних пневмококом, за допомогою імунoproфілактики.

Наступне важливе міжсекторальне питання — це профілактичні медичні огляди школярів. МОЗ України прийняло рішення відповідно до територіальних особливостей та потреб населення розподілити регіони України, у частині яких медогляди можна буде пройти на базі лікувально-профілактичних, а в інших — на базі загальноосвітніх навчальних закладів.

Зокрема, до першої групи рекомендовано віднести Вінницьку, Волинську, Житомирську, Закарпатську, Івано-Франківську, Київську, Донецьку, Львівську, Рівненську, Тернопільську, Чернівецьку, Черкаську, Хмельницьку області та м. Київ. У решті регіонів батьки можуть скористатися можливістю здійснити такі ж огляди і в навчальних закладах.

Міністерством охорони здоров'я України спільно з Міністерством освіти і науки України погоджено, що діти усіх вікових категорій, крім тих, які вступають до першого класу, мають змогу пройти обов'язкове медичне обстеження до 1 вересня поточного року за бажанням батьків або осіб, які їх замінюють, на базі лікувально-профілактичного закладу; після 1 вересня — на базі загальноосвітнього навчального закладу за участі медичних працівників такого закладу та мобільних бригад медичних пра-

цівників у присутності батьків або при наявності письмової згоди на його проведення та з дотриманням норм конфіденційності щодо стану здоров'я дитини. Також діти, які на цей час перебувають у стаціонарі на лікуванні, можуть пройти такий огляд за місцем лікування.

У результаті обстеження учням видається довідка затвердженої форми (№ 086-1/о), у якій обов'язково зазначається висновок лікаря-педіатра (лікаря загальної практики — сімейної медицини), а також відповідно до вікових груп школярів висновок профільних лікарів-спеціалістів. Дітей, які йдуть до першого класу, окрім педіатра та сімейного лікаря, обов'язково мають оглянути хірург, офтальмолог, психолог, ортопед і дефектолог. Особливу увагу слід звертати на порушення зору, слуху, постави, травлення, проблеми з органами дихання, нервовою системою.

Говорячи про важливі педіатричні проблеми, насамперед слід наголосити, що, відповідно до Конвенції про права дитини, кожна дитина грудного віку та інших вікових груп має право на належне харчування. Рекомендації ВООЗ і ЮНІСЕФ з оптимального годування дітей грудного та раннього віку полягають у наступному: ранній початок грудного вигодовування протягом години після народження дитини; виключно грудне вигодовування протягом перших шести місяців життя; введення належного поживного і безпечного прикорму у віці шести місяців разом із продовженням грудного вигодовування до досягнення дитиною віку двох років і більше.

Виключне грудне вигодовування протягом шести місяців має багато переваг для дітей грудного віку та їхніх матерів. Основними з них є захист від шлунково-кишкових інфекцій, що спостерігаються не тільки у країнах, що розвиваються, але й у промислово розвинених країнах. Завдяки ранньому початку грудного вигодовування забезпечується захист новонародженого від інфекцій і знижується смертність новонароджених. Дорослі люди, які знаходилися у грудному віці на грудному вигодовуванні, з меншою ймовірністю мають зайву вагу або страждають від ожиріння. Діти та підлітки, які знаходилися у грудному віці на грудному вигодовуванні, демонструють вищі результати тестів на інтелектуальний розвиток.

За оцінками ВООЗ, в усьому світі 165 млн дітей віком до 5 років відстають у рості, понад 100 млн мають низьке співвідношення ваги до зросту, у той час як 43 млн мають надлишкову вагу або ожиріння. У світі близько 38 % дітей віком до 6 місяців перебувають винятково на грудному вигодовуванні. Україна, взявши на себе зобов'язання збільшити кількість дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні до шести місяців, до 60 %, вже досягла цього показника. В усіх наших родопомічних закладах діють школи відповідального батьківства, важливою складовою діяльності яких є інформування майбутніх батьків щодо грудного вигодовування. Цьому сприяє і народження дітей у закладах, які сертифіковані відповід-

но до вимог розширеної ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». Кількість дітей, які народжуються саме в таких лікарнях, в Україні сягає 70 %.

Наступна проблема профілактичної педіатрії, яка має бути в центрі уваги науковців, освітян, практиків, — тютюнопаління. За даними ВООЗ, зараз від наслідків куріння помирає приблизно 6 млн осіб на рік і ці цифри зростають. При цьому щодня починають палити від 82 000 до 99 000 молодих людей, а багато з них є дітьми віком до 10 років. Дітям завдається суттєва шкода також від ненавмисного впливу диму при палінні інших людей.

Звичайно, що у вирішенні нагальних питань медицини дитинства важливу роль відіграє найцінніше надбання галузі — медичні кадри.

Одне з головних завдань реформи — відродити престиж і репутацію медичної професії, забезпечивши медику гідну оплату праці, соціальну захищеність, можливість професійного розвитку.

На жаль, наразі в Україні залишаються незайнятими понад 20 тисяч вакантних лікарських посад (з них понад 3,4 тисячі дитячих лікарів), і МОЗ України планує протягом найближчих трьох років суттєво збільшити державне замовлення на підготовку майбутніх медиків з 4,5 до 7,7 тисячі.

Одне з головних завдань реформи — відродити престиж і репутацію медичної професії, забезпечивши медику гідну оплату праці, соціальну захищеність, можливість професійного розвитку.

Тільки протягом останніх років урядом країни вжито низку системних заходів щодо соціального захисту медичних працівників, зокрема запроваджені:

- надбавка у розмірі 15 % посадового окладу за особливі умови праці лікарям, молодшому медичному персоналу, який працює в будинках-інтернатах для громадян похилого віку, пансіонатах;

- надбавка за вислугу років (10–30 % окладу);

- підвищення посадового окладу та надбавку за тривалість безперервної роботи у розмірі від 30 до 60 % медичним працівникам, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз;

- одноразова адресна грошова допомога в десятиразовому розмірі мінімальної заробітної плати випускникам медичних та фармацевтичних вищих навчальних закладів, які виявили бажання працювати в сільській місцевості;

- допомога на оздоровлення та щорічна матеріальна допомога для вирішення соціально-побутових питань працівникам медичної сфери;

- надбавки за особливий характер праці в розмірі до 20 % посадового окладу з підвищенням, надбавки за особливі умови праці в розмірі до 20 % посадового окладу з підвищенням та виплати матеріальної допомоги для вирішення соціально-побутових питань медичним працівникам системи екстреної медичної допомоги.

Одночасно хочу наголосити насамперед на необхідності покращання якості підготовки лікарів.

Згідно зі стандартами Всесвітньої федерації медичної освіти система медичної освіти має 3 послідовні етапи, що нерозривно поєднані між собою: базова медична освіта, післядипломна медична освіта, безперервний професійний розвиток. Безперервний професійний розвиток лікарів — це період їх постійного навчання, підготовки, підвищення кваліфікації і самовдосконалення, що починається після отримання вищої медичної освіти та підготовки в інтернатурі і триває впродовж усього професійного життя спеціаліста.

Сучасні інформаційні потоки, євроінтеграція вітчизняної вищої медичної школи та безперервна медична освіта вимагають постійного пошуку і впровадження нових ефективних моделей навчання лікарів. Одним із найбільш прогресивних методів навчання клінічної медицини є проблемно-орієнтований підхід. Цей принцип є вкрай актуальним для педіатричної освіти, знання надаються на конкретному клінічному прикладі, а роль викладача підвищується до ролі експерта з проблеми, керівника з ефективного користування інформаційними джерелами і консультанта. Впровадження проблемно-орієнтованого методу робить суттєвий крок уперед у сучасній медичній освіті, і ця стратегія повинна більш широко використовуватися для безперервного професійного розвитку сімейних лікарів і педіатрів.

Щороку в Україні від інфекційних захворювань гине 300–350 дітей, з них 130–200 дітей першого року життя. Акцент треба зробити на проблему ранньої діагностики, ефективної терапії, але головне — на проблему профілактики інфекцій дитячого віку. У цілому ВООЗ аналізує розподіл випадків смерті за віковими групами та рівнями доходу населення. Так, у країнах із високим рівнем доходу населення вмирає переважно від хронічних хвороб, а легеневі інфекції залишаються єдиною провідною інфекційною причиною смерті. У країнах із середнім рівнем доходу до цих причин приєднуються туберкульоз, ВІЛ/СНІД та дорожньо-транспортні аварії.

У країнах із низьким рівнем доходу більше однієї третини всіх випадків смерті відбувається серед дітей віком до 15 років і люди вмирають переважно від інфекційних хвороб.

У структурі захворюваності дітей та дорослих неухильно збільшується частка алергічних і шлунково-кишкових захворювань, спостерігається зростання хронічної патології в молодому віці, росте число пацієнтів з аутоімунними, серцево-судинними, ендокринними та онкологічними захворюваннями. До 25 % підлітків мають надлишкову масу тіла. Випадки смертей від ішемічної хвороби серця й цереброваскулярних захворювань реєструються вже в дитячому віці.

Отже, необхідно підвищити ефективність наукових розробок та їх впровадження щодо найбільш поширених захворювань в педіатрії. Загальновідомо, що у структурі захворюваності та поширеності хвороб дитячого населення домінують хвороби

органів дихання, а провідне місце займають гострі респіраторні інфекції. Особливо наголошую: при цьому має бути грамотне, раціональне, обгрунтоване застосування антибіотикотерапії.

Взагалі антимікробні препарати є таким класом лікарських засобів, активність яких знижується з часом. На жаль, розробка нових ефективних антибіотиків вимагає дуже значних витрат коштів і часу, причому резистентність часто розвивається незабаром після появи нових антибіотиків і зараз у стадії розробки знаходиться дуже обмежена кількість антибіотиків.

Без ефективних антибіотиків за умов зростаючої резистентності до них бактерій суспільство може повернутися в часи «доантибіотикової ери», а розвиток резистентних штамів є глобальною проблемою людства. Відповідно була розроблена Глобальна стратегія ВООЗ щодо стримування резистентності до протимікробних препаратів.

Відомі такі механізми антимікробної стійкості, як зміни проникності клітинної стінки бактерії, при яких обмежується надходження антибактеріального препарату до мішені; модифікація мішені антибіотика; активне його виведення з мікробної клітини — ефлюкс; ферментна модифікація антибіотика; руйнування антимікробної агента; придбання альтернативних метаболічних шляхів для інгібування препарату тощо. Найкраще вивчені механізми стійкості мікроорганізмів до бета-лактамів при їх ферментативній інактивації в результаті гідролізу одного зі зв'язків бета-лактамного кільця ферментами бета-лактамазами.

Однак науковцям слід продовжувати ці дослідження, оскільки антибіотикорезистентність серед збудників значно ускладнює лікування відповідних захворювань у дітей, знижує його ефективність. Зокрема, актуальним є науковий напрямок щодо вивчення активного обміну інформацією серед бактерій за допомогою мобільних генетичних елементів і негенетичних факторів.

Крім природних факторів, зростаюча резистентність мікроорганізмів до протимікробних препаратів посилюється нераціональним, надмірним їх використанням у медицині та агрохарчовій промисловості. Надмірне використання антибіотиків та зловживання ними, що веде до резистентності до протимікробних препаратів, було темою Всесвітнього дня здоров'я 2011 року.

Саме раціональне застосування антибіотиків є найпотужнішим засобом стримування зростаючої резистентності мікроорганізмів до них. Прикладом для нас можуть бути просвітницькі кампанії, проведені у Франції щодо інформування громадськості з метою скорочення резистентності до антибіотиків під назвою «Антибіотики не застосовуються автоматично», що призвело протягом 5 років до скорочення на 26,5 % вживання антибіотиків при синдромах, які мають переважно вірусну природу. Аналогічні програми працюють у США — програма «Get smart» («Міркуй!»), орієнтована на розумне використання

антибіотиків, у Канаді — програма «Do bugs need drugs?» («А чи потрібні мікробам ліки?») Вони призвели до скорочення майже на 20 % використання антибіотиків при інфекціях дихальних шляхів. Цей досвід нам слід вивчати та використовувати.

Особливий інтерес у дослідників нині викликає роль таких лікарських засобів, як пробіотики («промотори життя»), під час ери антибіотиків. Нині в умовах зростаючої антибіотикорезистентності мікроорганізмів з огляду на застосування клініцистами нераціональних схем фармакотерапії, поліпрагмазії і зростання числа випадків самолікування серед населення пробіотики, особливо мультипробіотики, доцільно розглядати не як антоніми антибіотиків, а як синергисти та протектори гомеостазу людського організму.

У цілому ж українська педіатрична наука та практика інтенсивно інтегрується до європейського та світового освітньо-наукового простору. Впроваджуються сучасні стандарти діагностики та лікування на основі доказової медицини. Наприклад, Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит (наказ МОЗ України від 22.10.2012 № 832), розроблений з урахуванням досвіду Американського коледжу ревматології (ACR) та Міжнародної ліги з ревматології (ILAR). Наявний у світі прогрес у лікуванні цієї тяжкої патології завдяки розробці та впровадженню таких біологічних препаратів, як інгібітори фактора некрозу пухлини, антитіла до CD20 на В-лімфоцитах, антитіла до рецептора IL-6, блокатор коstimуляції T-лімфоцитів TCD80/86:CD 28, рекомбінантний антагоніст рецепторів людського IL-1.

Нині в Україні налічується 2467 дітей, які хворіють на ювенільний ревматоїдний артрит, із них майже 10 % мають тяжкий прогресуючий перебіг, що призводить до ранньої інвалідності. У 5–10 % дітей із ювенільним ревматоїдним артритом навіть при стабільному довготривалому призначенні декількох препаратів базисної терапії не відбувається поліпшення стану й виникає потреба додаткового призначення дорогіших біологічних агентів.

МОЗ України підготувало пропозиції до змін Державного бюджету України на 2013 рік у частині виділення додаткових коштів для закупівлі біологічних препаратів для дітей із резистентною формою цієї хвороби. Верховна Рада України шостого скликання підтримала клопотання МОЗ та внесла зміни до Державного бюджету на 2013 рік, де для лікування дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит, виділено 16 млн грн. Так, Україна стала першою з країн СНД, яка за кошти Державного бюджету забезпечуватиме лікування дітей, хворих на ревматоїдний артрит. Але підкреслюю: у цьому напрямі спільно з громадськими організаціями нам необхідно розвивати і державно-приватне партнерство.

У 2013 році на 6-му Європейському конгресі педіатрів у Великій Британії як суттєві прориви у педіатрії за рік були названі досягнення у дитячій онкології, можливості магнітно-резонансної томографії

в дитячій пульмонології, діагностиці та лікуванні артеріальної гіпертензії у дітей та перспективна технологія охолодження головного мозку в новонароджених.

Отже, потрібно пам'ятати про мультидисциплінарний підхід до вирішення актуальних педіатричних проблем, про необхідність розвитку різних педіатричних напрямів, зокрема й дитячої хірургії.

Найважливішою проблемою залишається надання хірургічної допомоги новонародженим з уродженими вадами розвитку, що розвиваються на тлі поломок хромосомного апарату, ембріональних дисплазій, станів, обумовлених впливом на плід шкідливих факторів зовнішнього середовища.

Впевнений, що сьогоденним завданням хірургії дитячого віку в нашій країні є подальше широке впровадження сучасних технологій у лікуванні. Так, на зміну відкритим оперативним втручанням все більше повинні приходити малоінвазивні втручання (лапароскопія і торакокопія), реконструктивні технології. У межах лапароскопічної хірургії — розвивати такий перспективний напрямок, як однопортові хірургічні втручання.

Гарним прикладом є розвиток хірургічного лікування вроджених вад серця в Україні: покращилася пре- та постнатальна діагностика вад, зокрема критичних, які потребують ургентного хірургічного лікування після народження. Високопрофесійно працюють потужні центри кардіохірургії в Україні. Впроваджуються новітні світові технології діагностики та лікування вад серця, підготовлені кадри для здійснення надзвичайно складних операцій на серці. Наприклад, проводиться операції Norwood у 3 етапи при синдромі гіпоплазії лівих відділів серця.

Про це особливо приємно говорити в рік 100-річчя з дня народження Миколи Михайловича Амосова. Цей ювілей внесений до Календаря пам'ятних дат ЮНЕСКО, а Верховна Рада України оголосила 2013 рік роком М.М. Амосова у галузі медицини. У книзі «Мысли и сердце» Микола Михайлович писав: «Все дети приятны. Чувства к ним имеют чисто биологическую природу. Когда берешь на руки ребенка, то испытываешь ощущение, которое нельзя определить словами».

Щодо педіатричних аспектів соціально небезпечних хвороб, вважаю, що, на жаль, заходи з подолання туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в основному зводяться до боротьби з наслідками хвороб і недостатньо уваги приділяється їх запобіганню. Нам треба зосередити свою увагу на формуванні стратегії та інтервенцій щодо викорінення випадків дитячого ВІЛ-інфікування в Україні.

Епідемію туберкульозу в Україні ВООЗ оголосила у 1995 році з піком захворюваності у 2005 році. Запровадження загальнодержавних програм дозволило призупинити подальше поширення епідемії, і ВООЗ у доповіді щодо глобальної боротьби з туберкульозом у 2012 році вже не відносить Україну до 22 країн із найбільшим тягарем захворювання. Міністерством, зокрема, були оновлені на принципах до-

казової медицини та кращих міжнародних практик національні стандарти діагностики та лікування туберкульозу. Безумовно, цю роботу нам слід продовжувати.

Щодо перспективних напрямків розвитку педіатричної науки, то, впевнений, що вони знаходяться у площині генетики, молекулярної біології, імунології. Яскравий доказ — аналіз Нобелівських премій останніх років. Нобелівську премію 2012 року з фізіології та медицини отримали Джон Гьордон і Сінья Яманак за відкриття, що стосуються перепрограмування стовбурових клітин. У 2011 році — Брюс Бойтлер, Жюль Хоффман за відкриття, що стосуються активації вродженого імунітету, і Ральф Стайнман — за відкриття дендритних клітин і їх ролі в адаптивному імунітеті.

Глибоко переконаний, що успіхи практичної медицини пов'язані насамперед з успіхами науки, досягненнями фундаментальних досліджень. Останні є двигуном еволюції сучасної науки, у тому числі педіатричної.

Для цього слід використовувати вже існуючі та створювати нові технології, насамперед нанотехнології. Яскравий приклад — аналіз поліморфізму генів людини, технології біологічних мікрочипів. Це крок у напрямку запровадження персоналізованої медицини, яка б враховувала біохімічну індивідуальність кожної особи. Персоналізована медицина та, зокрема, педіатрія мають використовувати інтегральний підхід із тестуванням на схильність до різноманітних захворювань, наданням індивідуальних рекомендацій щодо запобігання ним, застосуванням персоналізованих схем лікування лікарськими засобами на підставі індивідуальних особливостей пацієнта.

Отже, уже зі студентських років треба спрямовувати обдаровану молодь до розвитку цих напрямків, зокрема щодо клітинних і молекулярних основ імунних реакцій та їх регуляції, інших фундаментальних та прикладних аспектів імунології. Для практичних лікарів також розуміння суті імунної відповіді дитини при різноманітних хворобах сприятиме грамотному лікуванню з униканням схем, що не мають наукових доказів ефективності та безпеки, запобіганню поліпрагмазії.

Взагалі, ВООЗ визначила 5 основних елементів для досягнення кінцевої мети первинної медико-санітарної допомоги. Це поліпшення здоров'я для всіх людей: зменшення ізоляції та соціальних нерівностей в охороні здоров'я (реформи для забезпечення загального охоплення); організація служб охорони здоров'я, орієнтованих на потреби та очікування людей (реформи щодо доставки послуг); інтеграція аспектів здоров'я в усі сектори (реформи громадської політики); проведення політичного діалогу відповідно до моделей співпраці (реформи щодо лідерства); розширення участі зацікавлених сторін. При цьому саме питання, пов'язані з охороною здоров'я дитячого населення, для нас пріоритетні. Як підкреслює Президент України В.Ф. Янукович,

«ми несемо велику відповідальність за дітей, їх безтурботне дитинство і щасливе завтра».

Список літератури

1. Богатирьова Р.В. Внесок сучасної науки у забезпечення розвитку охорони здоров'я // Науковий журнал МОЗ України. — 2012. — № 1. — С. 6-15.
2. Богатирьова Р.В. Основні завдання вищої медичної освіти у процесі реформування системи охорони здоров'я України // Медична освіта. — 2013. — № 2. — С. 5-8.
3. Толстанов О.К. та інші. Інтеграція додипломної та післядипломної підготовки лікарів та провізорів — вимога успішної реалізації реформ у сфері охорони здоров'я // Матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції 26–27 квітня 2012 року. — Тернопіль: ТДМУ, Укрмедкнига, 2012. — С. 1-4.

4. Москаленко В.Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. — Киев, 2011. — 256 с.

5. Москаленко В.Ф. та ін. Система професійної безперервної підготовки фахівців для охорони здоров'я України. — Київ: Книга плюс, 2009. — 64 с.

6. Толстанов О.К. Охорона здоров'я дітей та підлітків: навчально-методичний посібник. — Ч. II. Попередження дитячих захворювань / О.К. Толстанов, В.А. Павловський. — Житомир: Полісся, 2009. — 208 с.

7. <http://www.moz.gov.ua>

8. <http://www.npn.org.ua>

9. <http://www.who.int/ru>

10. Nelson Textbook of Pediatrics / By Robert M. Kliegman, Bonita M.D. Stanton, Joseph St. Geme, Nina Schor, Richard E. Behrman. — 19th edition, Saunders, Elsevier Inc., 2011. Parts VI, XVI, XVII.

Отримано 25.08.13 □

Толстанов А.К.

Министерство здравоохранения Украины

ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ В КОНТЕКСТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Резюме. В статье указаны главные задачи, которые стоят перед научными работниками и работниками просвещения в контексте реформирования современной сферы здравоохранения ради улучшения здоровья детей. Уделено внимание вопросам внедрения международного опыта в области предоставления специализированной помощи новорожденным, иммунопрофилактики инфекционных болезней. Подчеркнуты существующие проблемы и достижения при предоставлении медицинской помощи детям в Украине, а также определены перспективные направления педиатрической науки.

Ключевые слова: дети, наука, образование, педиатрия, реформа здравоохранения.

Tolstanov O.K.

Ministry of Health of Ukraine

THE PRIORITY TASKS OF PEDIATRICS EDUCATION AND SCIENCE IN THE HEALTH CARE REFORM

Summary. In the article listed the main missions for scientists and educators in the context of reforming the current health care for improving the children's health. Attention is paid to the introduction of international experience in providing specialized care to newborns and immunization against infectious diseases. Accentuated existing problems and achievements in providing medical care to children in Ukraine and identified promising areas of pediatric science.

Key words: children, science, education, pediatrics, health care reform.