

# АКСЕМЕДІН

ДАЙДЖЕСТ МАТЕРІАЛІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ МЕДИЧНИХ ВИДАНЬ

#2 Червень 2019



**Щоб розвиватися, потрібні  
не пояснення, а приклади**



4

АДАМОС ХАДЖІПАНАЇС:  
«СКОРО УКРАЇНА СТАНЕ  
ДУЖЕ ВАЖЛИВОЮ  
ЧАСТИНОЮ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ  
МЕДИЧНОЇ СПІЛЬНОТИ»

8

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ  
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО  
ТУБЕРКУЛЬОЗУ  
У ДІТЕЙ В УКРАЇНІ  
В КОНТЕКСТІ ЗАГАЛЬНОЇ  
ЗАХВОРЮВАНОСТІ  
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Білогорцева О.І.,  
Суханова Л.А. та ін.

10

АРУНАС ВАЛИУЛИС:  
«УКРАЇНА – СТРАНА  
МОЛОДОЇ ДЕМОКРАТІИ.  
ОДНИХ ТОЛЬКО  
ПЕДІАТРИЧЕСКИХ  
СООБЩЕСТВ ЗДЕСЬ  
НАСЧИТЫВАЕТСЯ 27»

14

ЕВГЕНИЙ КОМАРОВСКИЙ:  
«ПЕДИАТР – ЭТО  
НЕ «ЛЕЧИТЕЛЬ»,  
А УЧИТЕЛЬ»

16

«Я ПРОСТО СТОЯВ ПОРУЧ».  
ЧИМ ЗАГРОЖУЄ ПАСИВНЕ  
КУРІННЯ І ЯК ЗМЕНШИТИ  
ШКІДЛИВІ НАСЛІДКИ

18

ЛІКАРІ ПРО ПАСИВНЕ  
КУРІННЯ

Охотнікова О.М.,  
Комаровський Є.О.

20

МАРИНА МАМЕНКО:  
«ВИГАДУЮТЬ СПРАВЖНІ  
НІСЕНІТНИЦІ: НІБИТО  
НА НАШІ КОНФЕРЕНЦІЇ  
ПЕДІАТРІВ АВТОБУСАМИ,  
НАЧЕ «ТІТУШОК»,  
ПРИВОЗЯТЬ»

24

ФЕДІР ЛАПІЙ:  
«НЕ РІДКІСТЬ, КОЛИ  
ЗАЛА ВМІЩУЄ 350  
ОСІБ, А У ПЕРШИЙ ЖЕ  
ДЕНЬ КОНФЕРЕНЦІЇ  
ЗАРЕЄСТРОВАНІ  
2000-2500 УЧАСНИКІВ  
І ВЖЕ РОЗДАНІ  
СЕРТИФІКАТИ»

27

КРАСНУХА

28

КІР

29

КАШЛЮК  
(КОКЛЮШ)

# 30

СВИНКА (ЕПІДЕМІЧНИЙ  
ПАРОТИТ)

# 31

ВІТРЯНА ВІСПА

# 32

СТОРОННЄ ТІЛО  
У ЗОВНІШНЬОМУ  
СЛУХОВОМУ ПРОХОДІ

# 33

МОЖЛИВОСТІ  
ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ  
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО  
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ  
У ДІТЕЙ

Опанасенко М.С.,  
Терешкович О.В.

# 34

ФОКАЛЬНА ЕПІЛЕПСІЯ  
У ДІТЕЙ: НОВІ ПІДХОДИ  
ДО ДІАГНОСТИКИ  
ТА ЛІКУВАННЯ

Стеценко Т.І.

# 35

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА  
ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ  
АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ  
У ДІТЕЙ

Дудник В.М.,  
Мантак Г.І. та ін.

# 37

ПОРУШЕННЯ НИРКОВОЇ  
Й ПЕРИФЕРИЧНОЇ  
ГЕМОДИНАМІКИ  
В РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-  
СУДИННИХ РОЗЛАДІВ  
У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ  
ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Абатуров О.Є., Вакуленко Л.І.,  
Савченко А.В.

# 38

ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ  
ТКАНИНИ ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ  
ФАКТОР ВАЖКОСТІ  
ПІЄЛОНЕФРИТУ В ДІТЕЙ

Лук'яненко Н.С.,  
Іськів М.Ю. та ін.

# 40

ЗАСТУДА ТА КАШЕЛЬ  
У ДІТЕЙ: КОЛИ ПРИЗНАЧАТИ  
ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

# 41

ЗНАЧЕННЯ ГЕОГРАФІЧНОЇ  
ШИРОТИ ПРОЖИВАННЯ  
ТА СЕЗОНУ РОКУ ПРИ  
СПОСТЕРЕЖЕННІ  
ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ  
ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Шевченко Н.С.,  
Хаджинова Ю.В.

# 42

ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАТРИМКИ  
МОВЛЕННЕВОГО РОЗВИТКУ  
ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ  
З ДУЖЕ І НАДЗВИЧАЙНО  
МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА

Козакевич В.К.,  
Козакевич О.Б., Зюзіна Л.С.



## ДАЙДЖЕСТ «АКСЕМЕДІН»

Випуск №2(2), червень 2019

### Засновник:

ТОВ «Маркетингова агенція  
громадського здоров'я»

### Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації:

Серія: КВ 23763-13603Р.  
Видане Міністерством юстиції  
України 04.01.2019 р.

### Адреса видавця:

04214, м. Київ,  
вул. Північна 2/58, оф. 3

Головний редактор і  
відповідальний за випуск:  
Савченко В.І.

Шеф-редактор: Радучич О.В.

Друк: ТОВ «Друкарня Віол»  
м. Київ, вул. Антоновича,  
буд. 7-в

Наклад: 20 000 примірників

Розповсюджується  
безкоштовно



Я впевнений, що напрям БПР відкриває чудові перспективи для співпраці України та решти країн Європи.

Хоча натепер Україна не член Європейського Союзу, вона — частина Європи. Ми, як Європейська академія педіатрії, маємо намір у майбутньому відкрити двері для всіх європейських країн. Україна зможе стати нашою частиною і отримати право голосувати, бути обраною і виступати нарівні з будь-якою іншою європейською державою.

Так, перспективи партнерства між Європою та Україною величезні. Причина мого перебування тут, у Києві, — бажання зустрітися з колегами, з міністром охорони здоров'я. Мені відомо про проблеми, які перед

вами постали під час нинішнього перехідного періоду, коли ви прагнете модернізувати спосіб надання послуг у сфері охорони здоров'я.

Я бачу хитрощі з боку професіоналів, проте вірю, що скоро вам вдасться досягти мети: Україна стане дуже важливою частиною європейської медичної спільноти, а лікарі підвищать компетенції та рівень знань.

**Адамос Хаджіпанаїс**

президент Європейської академії педіатрії



### Федір Лاپій

*к. мед. н., доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології НМАПО ім. П.Л. Шупика*



Я підтримую Наказ №446 і ті революційні зміни, які зараз відбуваються в Україні щодо безперервного професійного розвитку лікарів. Якщо зазирнути в минуле медичної освіти, з часів Гіппократа і до XIX століття це була переважно медицина шкіл: майбутній лікар ішов слідами свого вчителя. Лише століття тому для комунікацій переважно використовували листування, друковані видання (журнали тощо), лікарі спілкувалися між собою під час засідань лікарських товариств: обговорювали способи лікування, досягнення, ділилися досвідом. Інформація в медицині з'являлася і змінювалася не так швидко, як тепер.

Донедавна вважали, що оновлення інформації в медицині відбувається кожні п'ять років, а система підвищення кваліфікації один раз на п'ять років, коли працівники кафедр, професори повідомляли лікарям про відкриття, нові підходи, оптимальна та прогресивна і відповідає реаліям часу.

Насправді з 1970-х років минулого століття спостерігається суттєва інтенсифікація процесів у сфері охорони здоров'я, медичній освіті. І в XXI столітті, в епоху

діджиталізації, інформаційних технологій, вільного доступу до багатьох джерел інформації, вже не може йти мова про медицину шкіл і те, що лікарі потребують оновлення інформації лише один раз на п'ять років.

Ми живемо в мультиінформаційному просторі. Інформація в медицині змінюється надзвичайно швидко, тож не зовсім доцільно щороку їздити на курси підвищення кваліфікації лікарів, витрачати на це час. Слід брати до уваги сучасні реалії, зокрема стрімку мінливість інформації, та використовувати новітні досягнення (дистанційні технології) у навчанні. У лікаря має бути можливість відшукати в інтернеті презентацію, лекцію або вебінар, отримати ту інформацію, яка йому завтра знадобиться у практиці.

Наказ Міністерства охорони здоров'я щодо БПР дуже необхідний, але він запізнився. Запізнився, мабуть, років на 20. Ще кілька десятиліть тому варто було впроваджувати ті стандарти в післядипломній освіті, БПР, які використовувалися в інших країнах світу. Нині їх імплементація — вже не просто бажання, а вимога лікарів.



### Марина Маменко

*д. мед. н., професор, декан педіатричного факультету НМАПО ім. П.Л. Шупика, голова ГС «Українська академія педіатричних спеціальностей»*



Наразі в Україні навчальні заходи не акредитують, бо не створена агенція або система з акредитації конференцій. Саме в цьому, на мій погляд, основна проблема Наказу №446.

Уявімо, що захід проводить комерційна організація. Хто повинен контролювати, чи варто надавати за нього 5 балів? Наприклад, на Заході конференції, де лише один спонсор, не розглядає жодна акредитаційна рада і не надає за них бали, тому що їх апріорі вважають заангажованими. А в Україні наразі створені умови, що подібну подію можуть оцінювати у 5 балів, якщо організатор заходу оформив сертифікат належного зразка.

Попередній наказ містив вимогу, що в сертифікаті має стояти підпис або голови асоціації, або ректора університету чи академії післядипломної освіти, тоді його зарахують для атестації. А тепер си-

стема вийшла в конкурентне поле, але акредитаційної ради й чітких критеріїв для акредитації не створено.

Сподіваюся, що найближчим часом з'явиться акредитаційна рада, яка запровадить правила гри. Але водночас я би не хотіла, щоб вона створювала межі для контенту. Перелік спікерів, тем — зона відповідальності асоціацій та організаторів конференцій. А от кількість балів, які отримує учасник цієї конференції, безумовно, має регулювати агенція.

Наприклад, якщо нині організатор може дозволити собі дві години незаангажованих лекцій під час заходу, відповідно, лікар має отримати 2 бали. Якщо ж, наприклад, вартість оренди аудиторії чи обладнання менша, і це дало можливість забезпечити 5 годин незаангажованої інформації, лікар має одержати 5 балів.



### **Дмитро Іванов**

*Заслужений лікар України,  
д. мед. н., професор, завідувач  
кафедри нефрології  
і НЗТ НМАПО ім. П.Л. Шупика*

Останнім часом з'являється все більше платформ, які можна використати для навчання. Більшість із них закордонні, які пропонують матеріали англійською мовою і часто не адаптовані до наших реалій, в той же час вітчизняні також далекі від досконалості з погляду актуальності інформації та функціоналу. Проте у вітчизняних платформ нині величезні перспективи. Все зводиться лише до питання професіоналізму. Але саме вітчизняні платформи пропонують багато нових креативних ідей подання матеріалів та інформації, яких немає на західних ресурсах. Знання, отримані на західних ресурсах, часто не можуть бути імплементовані без складнощів у повсякденну клінічну практику, що пов'язано не лише з особливостями вітчизняної системи охорони здоров'я, а і з цілою низкою інших чинників. Тому необдумане

використання закордонних протоколів без адаптації може призводити до негативних наслідків.

Натепер у лікарів немає альтернативи платформі «Аксемедін». За функціональними можливостями та наповненням «Аксемедін» перевершує всі інші платформи і багато закордонних. Це платформа номер один для розвитку лікарів: мені комфортно працювати з нею як користувачу і викладачу. Як на мене, на платформі має бути більше підказок для користувачів, більше курсів, зокрема від закордонних експертів, можливості просувати платформу на закордонні ринки, залучаючи і закордонних лікарів для проходження курсів, розширювати взаємовигідне співробітництво з партнерами.



### **Олексій Риков**

*медичний директор з педіатрії  
медичної мережі «Добробут»*

Новий Наказ МОЗ – це перехідна модель, у якій безліч позитивних нововведень, але все ж таки залишилися і рудименти старої системи післядипломної освіти лікарів. Сподіваюся, це не останній етап еволюції, і ми спостерігатимемо розвиток нової системи та братимемо у ньому участь. Фактично в наказах МОЗ роз'яснюється, що таке СМЕ (continuing medical education) лікарів, пропонується термінологія і поняттєва база, представлений новий алгоритм нарахування балів, частково відмінюються або нівелюються застарілі форми надання знань лікарю-практику. Однак механізми атестації лікарів, послідовність дій у тій чи іншій ситуації розкриті не сповна. Сподіваюся, найближчим часом будуть надані роз'яснення з цього приводу.

часом були більше формальністю, ніж фактичним наданням необхідних знань. Лікарі були повинні витратити на ПАЦ свій час, не маючи від них великої користі, але б могли виділити його на більш якісне навчання, необхідне для повсякденної клінічної практики.

Нині лікар має можливість вибрати найбільш зручну для нього форму навчання, набрати необхідну кількість балів дистанційно або за кордоном, освоївши певну хірургічну чи іншу техніку. Порівняно з минулою системою це, так би мовити, небо і земля. Раніше лікарям доводилося вислуховувати нецікавого лектора, який просто відбував години і не дуже прагнув донести нові знання до широкого кола лікарів.



Вже немає обов'язкових циклів передатестаційного навчання, які останнім



### **Леонід Дубей**

*д. мед. н., професор, президент  
Громадської організації  
«Українська Академія Педіатрії –  
Союз Медичних Спеціальностей»*

У контексті питання про безперервний професійний розвиток (БПР) лікарів насамперед треба розуміти, що донедавна формат післядипломної медичної освіти був формалізованим і майже не надавав ніякої користі у саморозвитку за своєю спеціальністю. Утім, Україна зробила серйозні кроки у цьому напрямку. Сьогодні лікар для забезпечення своєї конкурентоспроможності має постійно займатися безперервним професійним розвитком, і це буде оцінено не тільки колегами та пацієнтами, а й державою, а саме атестаційними комісіями. Скажімо, така ситуація, коли керівник приватного медичного закладу найняв працівників, вклав у власний медичний бізнес кошти і був змушений відправити лікаря зі своєї команди на передатестаційні курси на

місяць, уже неможлива. І це добре. Це не тільки відповідає вимогам сучасного ринку, а й наближає нас до провідних країн світу. Керівника цікавить насамперед рівень професійної підготовки, а не категорія лікаря. Те саме цікавить і пацієнтів, які до цього лікаря йдуть. Тому відхід від звичної моделі є потребою сучасності й необхідним кроком у майбутнє.

Але важливо розуміти, що післядипломна освіта є платною. Щодо педіатрів, то більшість із них уже усвідомила переваги дистанційного навчання, можливостей відвідувати тільки ті заходи, які надають сучасні і необхідні для практичної роботи знання.





**Володимир Савченко**

головний редактор  
онлайн-платформи [accemedin.com](http://accemedin.com)

## Які види співпраці пропонує лікарям «Аксемедін»?

### Шановні колеги!

Наш новий номер виходить напередодні професійного свята медичного працівника, тому наша редакція щиро вітає колег і зичить їм здоров'я та наснаги у щоденній праці, а також невпинного бажання навчатися, збагачуючи свої знання і поліпшуючи навички.

За час підготовки нового номера дайджесту «Аксемедін» «Безперервний професійний розвиток лікарів» відбулося багато подій. Революційний наказ МОЗ №446 надав лікарям чудові можливості вибору напряму професійного розвитку. Більшість лікарів-практиків схвально відгукнулися про цей документ.

Які можливості з'явилися у лікарів, беручи до уваги нововведення?

Перше й головне. Обирати самостійно тих викладачів, які насправді підходять лікарю. Вже не треба ходити і вислуховувати непотрібні лекції, нав'язані навчальними планами задля навантаження викладачів. Не секрет, що у кожного досвідченого лектора своя методологія і свої секрети зосередження уваги аудиторії на важливих, на його погляд, речах. Залежно від рівня і специфіки діяльності одному лікарю більше подобається уважно слухати лектора, інший готовий разом із куратором розв'язувати складні випадки та вчитися на клінічних прикладах. У нашому новому номері дайджесту ми розповідаємо про курси, які найбільше підходять для педіатричної спеціальності: окремим курсам та їх авторам присвячені інформаційні сторінки. Гадаю, кожен лікар зможе знайти курси на свій смак.

Друге. Лікар може економити свій час та гроші на виїздах, часто далеких та дорогих. Адже ми подбали про це: наші спікери витратили свій час і приїхали до нашої студії, щоб зняти чудові відео, підготувати разом із професійними медредакторами методологічну основу курсів і поєднати все це в одну систему з поточною та кінцевою перевіркою знань. До речі, наша методологія — це ретельно продумана система, яка передає головні повідомлення спікера і допомагає засвоїти їх. Простий перегляд відео або прослуховування лекцій не може дати подібних резуль-

татів. Наші консультанти — це провідні вітчизняні та зарубіжні аналітики, психологи, педагоги, професійні лектори. Кожен із них сам пройшов декілька курсів і надав свої консультативні висновки.

**Увага! Курс — це не лише прослуховування лекцій, а і самостійна робота лікаря з джерелами та поточними рекомендаціями.**

Третє. Лікар може самостійно будувати свою професійну траєкторію і формувати власне професійне портфоліо. Визначаючи свою освітню діяльність, фахівець має чітко відповісти на запитання, для чого йому потрібне те чи інше наповнення. Більшість лікарів вважають, що навчання необхідне хіба що для атестації. Але насправді портфоліо у майбутньому буде мати суттєве значення у конкурентній боротьбі між спеціалістами за право практикувати у клініці. Багато хто скаже, що основну роль у виборі лікаря відіграє не портфоліо, а ефективність його роботи з пацієнтами. Можливо, і так, але роботодавець у першу чергу буде дивитися на об'єктивні дані, а це стажування і курси.

А тепер гарні новини для спікерів та викладачів.

Конкуренція — це головне, що дасть поштовх для розвитку викладача і нових можливостей викладання. Наша післядипломна освіта порівняно із західними інституціями дуже відстала від реалій сьогодення. Багато в чому розвиток лікаря відбувався хоча і системно, але формально, без будь-якого стимулу, окрім необхідності пройти атестацію. Отримані знання і навички лікарі часто належно не засвоювали

та забували вже на початку клінічної практики.

«Аксемедін» пропонує лекторам і викладачам унікальні можливості та комплексні інструменти поширення своїх знань, підняття власного рейтингу серед професійної аудиторії і навіть отримання постійного доходу. Серед таких інструментів — пакетні пропозиції зі створення курсів разом із зрозумілою, виваженою і прозорою маркетинговою політикою. Викладач уже не обмежений територією, він може підкрити весь світ!

Які ж це інструменти? Всі курси ґрунтуються на багатоканальному відтворенні інформації. Звичайно, відео — це основний інструмент її подання, далі йде презентація. Презентація формується на основі простої схеми. Лектори — різні люди, і завдання в них відрізняються. Створювати курси лектори мають самостійно, ми надаємо тільки консультативну підтримку. До курсів обов'язково додають матеріали, які також ідуть як окремі одиниці та можуть бути публічними, або закриті промокодами, або платні. Залежно від завдань ми за допомогою різних інструментів маркетингу можемо акцентувати увагу на викладачі, темі курсу, окремих проблемних питаннях тощо. Все це підкріплює інформація у дайджесті та на соціальних сторінках, обговорення у групах і на конференціях.

Отже, робота проведена велика, але ми не зупиняємося і дивимося вперед. Нині ми починаємо співпрацювати з іноземними колегами у багатьох напрямках, оновлюємо і створюємо нові методології проходження курсів, розробляємо конкурси для активних учасників і користувачів платформи «Аксемедін» та робимо багато іншого.

**Детальніше про умови співпраці можна дізнатися, звернувшись на електронну адресу [ama@accemedin.com](mailto:ama@accemedin.com).**



**О. І. Білогорцева, Л. А. Суханова, І. Є. Шехтер, Я. І. Доценко, Н. С. Колісник,  
Т. В. Кирилова, В. А. Шатунова**  
**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ  
В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ЗАГАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Незважаючи на досягнення щодо діагностики та лікування туберкульозу (ТБ), він залишається однією з основних проблем охорони здоров'я і однією з провідних причин смертності в усьому світі [1, 2].

У 2015 р. 210 000 дітей померло від ТБ, включаючи 40 000 померлих інфікованих ВІЛ [3]. Кожен день від туберкульозу помирають майже 700 дітей, 80,0 % — до досягнення 5 років життя [4].

На разі проблема, яка виникла в світі та в багатьох країнах щодо ТБ у дітей, отримала назву тихої епідемії «SILENT EPIDEMIC» [5].

За даними, оприлюдненими у 2016 р., приблизно 67 мільйонів дітей мають латентну туберкульозну інфекцію, у зв'язку з чим мають ризик розвитку ТБ у майбутньому, з них — 2 млн. інфіковані мультирезистентними штамми МБТ [3].

Визнано, що питанням дитячого ТБ в більшості країн приділяється недостатньо уваги, а в країнах з високим тягарем ТБ, до яких віднесена і Україна (WHO, 2016, 2017, 2018), інфікування мікобактеріями туберкульозу (МБТ) населення відбувається ще у дитинстві з подальшим можливим розвитком органного ТБ протягом життя [6].

Визначено місце України серед 53 країн Європейського регіону ВООЗ за розрахунковими показниками. Україна займає четверту позицію за рівнем захворюваності на ТБ дорослих та 5 місце за рівнем захворюваності дітей.

В Україні середній розрахунковий показник захворюваності дітей дорівнює 37,4 на 100 тис. або 2 500 дітей (Estimated incidence: number and per 100 000, the best), тобто в 4,5 рази перевищує офіційний показник. Слід зазначити (для порівняння), що в економічно благополучних країнах випадки ТБ у дітей серед корінного населення цих країн взагалі поодинокі [7].

Сучасна увага до проблеми боротьби з ТБ в світі пов'язана, насамперед, з тим, що ті завдання, виконання яких передбачалося до 2015 р., не були виконані в повному обсязі.

Інструменти та підходи, які пропонувалися, вичерпали себе і не привели до очікуваних результатів. Стало зрозуміло, що треба змінювати системні підходи щодо боротьби з ТБ.

Тому багато міжнародних документів останніх років закликає:

- звернути увагу на питання дитячого ТБ, оскільки, в країнах з високим тягарем ТБ, інфікування МБТ відбувається ще в дитинстві, а розвиток локального ТБ можна попередити;
- здійснювати контроль над в ЛТІ;

• удосконалювати методи специфічної діагностики туберкульозної інфекції у дітей, в тому числі ті, що засновані на реакції всього організму [7, 8].

На разі все більше уваги також привертають до себе напрямки, пов'язані з вивченням мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ) у дітей [9].

*Мета дослідження* — визначити особливості динаміки епідеміологічної ситуації щодо ТБ та розповсюдженість мультирезистентного ТБ у дітей в Україні.

#### **Матеріали і методи**

Для проведення епідеміологічного аналізу використовувалися дані офіційної статистики та додаткові розрахункові показники. Характер резистентності МБТ пацієнтів визначався за результатами мікробіологічних та молекулярно-генетичних досліджень, які проводяться в Україні. Статистична обробка проводилася з обчисленням середнього арифметичного (М) і похибки середнього арифметичного (m). Застосовувався t-критерій Ст'юдента (у випадку нормального розподілу показників) та непараметричний критерій Уїлкоксона (у випадку розподілу, відмінного від нормального).

#### **Результати дослідження**

Нами були проаналізовані епідеміологічні показники щодо ТБ у дітей в Україні в динаміці за 12 років.

Динаміка захворюваності на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) в Україні за основними віковими групами відображена на рис. 1.

Протягом останніх 12 років (2006–2017 рр.) в Україні спостерігалось зменшення захворюваності на ТБ серед дорослого населення з 98,3 (у 2006 р.) до 60,8 на 100 тис. населення (у 2017 р.), тобто на 38,1 %. Захворюваність на ТБ серед підлітків зменшувалася з невеликими коливаннями — з 34,9 на 100 тис. населення відповідного віку у 2006 р. до 19,6 у 2016 р. (на 43,8 %), але у 2017 р. зросла на 14,3 % (до 22,4 на 100 тис.) у порівнянні з попереднім роком. В цілому захворюваність на ТБ дітей підліткового віку зменшилася на 35,8 %.

Серед дітей у віці до 14 років з ВДТБ ситуація складалася інакше — спостерігалися коливання від 9,6 у 2007 р. до 7,4 на 100 тис. у 2014 р. Суттєве зменшення показників у 2014 році було пов'язано з територіальними змінами при вивченні статистичних даних. У 2017 р. захворюваність дітей зросла на 5,8 % і досягла 9,1 на 100 тис. Слід зазначити, що в цілому захворюваність на ТБ дітей залишалася протягом останніх років майже однаковою, незважаючи на систематичне зниження показників у дорослих.







Видається сертифікат  
НМАПО ім. П.Л. Шупика  
за проходження\*

+ **1** За проходження курсу  
нараховується  
1 бал БПР\*

# ПРОЙДІТЬ

ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС

# Медичні працівники

# та журналісти



\*Лише верифікованим лікарям платформи accemedin.com



АВТОР КУРСУ

**Лідія Геннадіївна Юрковська**

старший викладач кафедри педагогіки,  
психології, медичного та фармацевтичного права  
НМАПО ім. П.Л. Шупика

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



## Адамос Хаджіпанаїс: «Скоро Україна стане дуже важливою частиною європейської медичної спільноти»

Підготувала Ольга Радучич

«Я – педіатр, працюю на Кіпрі, – скромно розпочинає розмову Адамос Хаджіпанаїс, відомий експерт, президент Європейської академії педіатрії. – Прибув до Києва, щоб зустрітися з міністром охорони здоров'я та взяти участь у деяких освітніх заходах разом із українськими колегами». Це вже не перший візит Адамоса Хаджіпанаїса в Україну: восени минулого року він завітав на 2-й Конгрес Української академії педіатрії та увійшов до складу наукового комітету заходу. Під час ексклюзивного інтерв'ю для читачів дайджесту «Аксемедін» Адамос Хаджіпанаїс говорив про безперервний професійний розвиток лікарів і перспективи України у цій царині.

### Адамосе, як працює система БПР лікарів у європейських країнах?

Вона відрізняється залежно від країни. Є держави, де система БПР має обов'язковий характер, а у кожного лікаря має бути унікальний інструмент обліку балів за БПР за рік, щоб зберегти свою ліцензію. Проте у більшості країн застосовують добровільний принцип БПР.

Це не легко – ухвалювати закони щодо накопичення балів за БПР, але всі національні асоціації підтримують такий формат професійного вдосконалення медиків. Дуже схвально ставиться до такої ідеї і Європейська академія педіатрії.

### Скільки балів у процесі БПР повинен здобути лікар протягом року у вашій країні?

На Кіпрі, де я працюю, лікарі мають здобути 150 балів кожні три роки. Так, це досить багато. Проте насправді все залежить від того, як часто і які заходи відвідує фахівець: конференції, форуми, презентації. Є багато способів здобути бали БПР.

Європейський союз медичних спеціалістів (Union European of Medical Specialists, UEMS) підготував дуже гарний документ, що точно окреслює, як оцінюють одноденний семінар, презентацію, публікацію статті в медичному журналі тощо.

### Скільки балів можна здобути, написавши наукову статтю?

Це залежить від національної асоціації. Чітко регламентує нарахування балів документ UEMS, про який я згадував.

### Чи відрізняється БПР різних спеціалістів (наприклад, педіатрів і акушерів-гінекологів)?

Чесно кажучи, я не впевнений. Проте, гадаю, так, бо, припустимо, БПР хірурга не може обмежуватися лише участю у

конференціях, читанням чи написанням статей; він пов'язаний також із підвищенням рівня виконання операцій.

Тобто мають бути суттєві відмінності, однак я не знаю про них достеменно, бо працюю педіатром.

### Які види БПР наразі поширені у Європі?

Як я вже зазначав, є безліч можливостей здобути бали за БПР. На сучасному етапі дуже відомий та популярний спосіб – електронне навчання (E-learning), коли можна відвідати навчальну платформу, опрацювати інформаційні матеріали, відповісти на запитання і здобути бали. Така форма самоосвіти стала досить відомою останнім часом, нею користуються дуже багато фахівців.

### Які, на вашу думку, переваги та недоліки E-learning?

Очевидні переваги – легкість і доступність навчання, можливість проходити курси вдома, на своєму зручному дивані. З іншого боку, я вважаю, що особисте спілкування зі спікером, наставником набагато корисніше і ефективніше.

Кожен вид навчання має своїх прихильників. Гадаю, добре, що всі ці можливості доступні лікарям, що вони самі вибирають формат, який їм до вподоби. Можливо, у майбутньому ми зможемо сказати, що доцільніше використовувати певні види, наприклад E-learning, участь у конференціях, публікації тощо.

### Яку роль відіграють у БПР національні та європейські асоціації?

Європейська академія педіатрії – наче парасолька, що об'єднує багато національних асоціацій європейських держав. Ми видаємо настанови, інструкції, рекомендації, яких можуть дотримуватися національні асоціації. Проте це не означає, що

вони мусять дотримуватися настанов, які час від часу видає Європейська академія педіатрії; національні асоціації мають право вибирати інший шлях.

Зазвичай ми обговорюємо ті чи інші питання з національними асоціаціями й намагаємося відшукати консенсус, порозумітися до того, як опублікуємо щось на певну тему. Настанови — спільний продукт діяльності усіх національних асоціацій.

У контексті обговорення БПР хочу зазначити: оскільки Європейська академія педіатрії є педіатричним підрозділом UEMS — найбільшою структури, яка об'єднує лікарів у Європі, — ми суворо дотримуємося її правил. UEMS має спеціальний департамент з БПР. Організація займається публікацією настанов, рекомендацій. Члени UEMS щорічно зустрічаються, аби обговорити подальші кроки щодо БПР та пропозиції розвитку системи післядипломної освіти лікарів.

У той же час UEMS має Європейську акредитаційну раду з БПР (EACCME®) — організацію, яка оцінює та акредитує різноманітні програми. Якщо національна асоціація збирається проводити конгрес у своїй країні й хоче надавати бали за БПР, вона повинна подати заявку до EACCME® — підрозділу UEMS — із проханням акредитувати конгрес згідно з відповідними вимогами.

#### **Чи акредитує Європейська академія педіатрії заклади охорони здоров'я?**

Так, ми це робимо. Орган Європейської академії педіатрії — Європейська рада педіатрів, відповідальна за підготовку й акредитацію центрів. Ми акредитували поки що певну кількість центрів у Європі. Будь-який медичний центр у Європі може подати заявку до Європейської ради педіатрів на акредитацію.

Тільки слід розуміти, що Європейська рада педіатрів відповідальна лише за навчання персоналу. Коли ми акредитуємо центр, ми акредитуємо центр для навчання і забезпечуємо його проведення, організуємо тренінги для людей, які там працюють.

#### **Як ви оцінюєте рівень педіатричної допомоги й підготовки педіатрів в Україні?**

Я бесідуватиму з міністром охорони здоров'я. Ми погодили деякі кроки, які збираємося зробити. Європейська академія педіатрії погодилася протягом кількох днів проводити навчання у Києві замість того, щоб українські лікарі їхали за кордон. Щоб фахівці побачили, як відбувається навчання в Німеччині, Швеції, інших країнах, ми плануємо організувати одно- чи дводенні навчальні програми у Києві. Ми потребуватимемо лише кілька інструкторів, спікерів та зможемо навчити деяку кількість українських педіатрів.

Це величезне задоволення й шана — зробити внесок у розвиток України.

#### **Чи реально організувати в межах БПР професійні заходи педіатричної тематики на європейському рівні в Україні?**

Так, цілком. Якщо їх організуватимемо Європейська академія педіатрії, ми гарантуватимемо високий рівень конференцій відповідно до критеріїв заходів у інших європейських країнах. Ми будемо йти поруч з українськими колегами, щоб це стало реальністю.

#### **Які поради Ви можете дати колегам з України щодо БПР та саморозвитку?**

Насамперед вони мають вивчати англійську літературу. Це вкрай важливо для українських лікарів — опрацьовувати міжнародні джерела. Також потрібно їздити за кордон, дивитися, як надають медичні послуги в інших країнах, як там навчають. Можливо, гарна ідея — запросити спеціалістів із Європи навчати у ваших закладах, університетах, лікарнях.

Я переконаний: це мають бути професіонали з України, що нині перебувають за кордоном на стажуванні. Коли ці люди повернуться, можна використати їхній досвід як допомогу у розвитку системи охорони здоров'я в державі.

**Адамос Хаджіпанаїс MD, PhD** — відомий педіатр, до сфери інтересів якого входять педіатрія, комунікативні навички, телемедицина та інформаційні технології.

Працює у General Hospital м. Ларнака (Кіпр) із 1994 року.

На початку грудня 2018 року обраний президентом Європейської академії педіатрії (European Academy of Paediatrics), з 2012 року працював генеральним секретарем цієї організації.

#### **Освіта та кар'єра**

Післядипломну підготовку з педіатрії Адамос пройшов у Софійській дитячій лікарні у Афінах.

У 1998 році Адамос Хаджіпанаїс отримав стипендію Фулбрайта для навчання за профілем «Дитяча неврологія» в дитячій лікарні Філадельфії (у штаті Пенсільванія у США). Здобув докторський ступінь у Медичній школі Афінського національного університету (тема — епілепсія у дітей із дитячим церебральним паралічем).

З 1989 по 1991 рік за сумісництвом працював викладачем в Афінській школі медсестер, а з 2007-го — у European University Cyprus.

#### **Наукові інтереси**

Дослідження Адамоса Хаджіпанаїса зосереджувалися переважно на екологічних небезпеках, біомоніторингу людини, використанні антибіотиків та зловживанні ними. Він представляв результати своїх спостережень на багатьох семінарах, конференціях і симпозіумах. Рецензує два медичні журнали.

Поточні дослідження та клінічні інтереси експерта стосуються електронних медичних даних та епідеміології пневмокока на Кіпрі.

Бере участь у проекті Horizon 2020 (МОСНА), що оцінює різні європейські моделі охорони здоров'я дітей; він один з лідерів WP H (Роль електронних записів і даних для підтримки ефективних моделей охорони здоров'я дітей); віце-президент Національного комітету навколишнього середовища та здоров'я дітей; член правління комітету EAPRASnet (мережі Європейської академії педіатричних досліджень в амбулаторних умовах).

Автор трьох книг, а також численних статей, присвячених проблемам педіатрії.

#### **Наукові досягнення**

Medical degree, Афінський національний університет (1988)

Ліцензування з педіатрії (1993)

Дисертація на тему: «Епілепсія у дітей з дитячим церебральним паралічем» (1998)

Є багато шляхів БПР, є готовність професіоналів, зокрема педіатрів, до саморозвитку. Звичайно, ви також потребуєте підтримки міністра охорони здоров'я. Саме міністр повинен мотивувати й надати поштовх для руху в цьому напрямку. Я переконаний: так воно і буде.

Але майбутнє — це також люди. Україна — величезна держава з майже 50-мільйонним населенням, чудова держава. І я не бачу жодної причини, чому б ви не змогли вивести медицину на дуже високий рівень.

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1342](https://accemedin.com/material/1342)

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



# Арунас Валиулис: «Украина – страна молодой демократии. Одних только педиатрических сообществ здесь насчитывается 27»

Подготовила Ольга Радучич

Если говорить о схожей ментальности, близости по духу, общих ценностях и дружбе в геополитическом плане, Украина и Литва – один из наиболее удачных примеров подобного единства. Налажено активное сотрудничество в оборонном и инвестиционном сегменте, украинские зрители радушно встречают на театральных подмостках литовские труппы, а жители Вильнюса почитают украинского гения Тараса Шевченко: у памятника, установленного в его честь в уютном сквере столицы Литвы, практически круглый год лежат живые цветы.

Ощутимую консультационную поддержку оказывают литовцы и в рамках медицинской реформы. Они прошли этот путь немного раньше (хотя в некоторых моментах успели наломать дров), поэтому делятся опытом с украинскими коллегами и мотивируют их продолжать начатое.

Каковы шансы Украины создать европейскую систему здравоохранения и удалось ли сдвинуться в этом плане с мертвой точки? Мнением на этот счет делится Арунас Валиулис (Arunas Valiulis), профессор Вильнюсского университета (Литва), член исполнительного комитета Европейской академии педиатрии.

**Уважаемый Арунас, вы уже длительное время сотрудничаете с украинскими врачами по разным направлениям. Как вы оцениваете динамику, наблюдающуюся в отрасли в последние годы: есть ли позитивные сдвиги в отношении врачей к европейскому медицинскому сообществу, его подходам и ценностям? Какие общие тенденции прослеживаются, если говорить об образовании специалистов? Что должно стать для украинских специалистов стимулом обучаться новому и развиваться профессионально?**

Начиная с 2014 года я приезжаю в Украину уже 20-й раз, поэтому действительно имею основания проводить сравнение. И, признаюсь, меня поражают те значимые изменения,

которые я наблюдаю в вашей стране. Каждый раз, проезжая на такси по Киеву, я удивляюсь, как меняются к лучшему ваши улицы, дорожное покрытие, витрины магазинов. Точно так же, общаясь с украинскими врачами и их пациентами, я замечаю позитивные сдвиги.

Реформа системы здравоохранения в Украине, вне всяких сомнений, началась. И хотя пока что процесс идет медленно, тяжело (вам нелегко, вы реформу проводите во время войны), другого пути нет. Надо двигаться вперед, стараться становиться лучше, внедрять современные технологии, новые возможности. Даже чтобы стоять на месте, нужно очень быстро бежать. А если есть желание еще и двигаться

вперед, развиваться, темп необходимо увеличивать вдвое. Понадобится гораздо больше усилий.

**Как вы правильно подчеркнули, в медицине очень важно не останавливаться, особенно в профессиональном обучении, самообразовании. Многие действия Министерства здравоохранения Украины направлены на профессиональное усовершенствование врачей. В частности, устаревшую систему последипломной подготовки врачей, которая не в состоянии восполнить пробелы в знаниях о технических новшествах, имеющихся в арсенале современного врача, заменили на систему непрерывного профессионального развития. Как, по-вашему, должен реализовываться этот принцип? На какие форматы обучения врачу лучше обратить внимание (конференции, обмен информацией в рамках мастер-классов, дистанционные курсы и пр.). Как правильно расставить акценты?**

Врач должен совершенствовать навыки и учиться всю жизнь. Здорово, что система непрерывного профессионального развития — одна из основ медицинской реформы в Украине. Думаю, все методы обучения — конференции, стажировки, дистанционные курсы — одинаково важны. Теоретические знания лучше воспринимаются и усваиваются во время конференции, приобретать практические навыки оптимально в рамках мастер-классов, семинаров, участвуя вместе со специалистом в консультациях, лечении пациентов.

Все форматы хороши. Главное — создать систему (как обучения, так и контроля за качеством обучения). Не каждая конференция и лекция повышают знания врачей. Необходимо ориентироваться на методики, признанные во всем мире, а не стараться изобретать велосипед. Программы конференций должны подвергаться аудиту. Нужно оценивать, насколько они насыщены коммерческими докладами. Это очень важно.

Мы обязаны выработать у лекторов привычку строго следовать правилам и требованиям — уже в первом слайде презентации четко декларировать наличие конфликта интересов. Также важно, чтобы стало системой лицензирование с подтверждением лицензии каждые пять лет. Такая система эффективно работает в Литве, и, насколько я знаю, ваш Минздрав многое из нее позаимствовал, внедрил некоторые подходы в Украине.

**Программы конференций должны подвергаться аудиту. Нужно оценивать, насколько они насыщены коммерческими докладами.**

Конечно, потребуется определенное время, пока система полноценно заработает. Сейчас продолжается переходный период, но, тем не менее, это шаги в правильном направлении.

**Какую роль играют европейские и национальные профессиональные ассоциации в развитии и последипломном обучении врачей в Литве?**

Роль национальных ассоциаций различного профиля, особенно если говорить о педиатрах, очень большая. Ассоциации хорошо осведомлены обо всех проблемах и достижениях отрасли. Безусловно, они должны быть вовлечены в процесс лицензирования, присвоения и подтверждения категорий.

Но что я хочу сказать своим друзьям-украинцам? Украина — страна молодой демократии. Одних только педиатрических сообществ здесь насчитывается 27. Конечно, в будущем ситуация изменится, специалисты будут объединяться, лидирующие позиции займут те ассоциации, которые действительно представляют интересы отечественной отрасли. Но в настоящее время такое многообразие создает некоторую проблему. В первую очередь, возникают сложности для сотрудников Минздрава: они не могут выбрать,

**Арунас Валиулис** (1962 г. р.) — литовский педиатр, пульмонолог, профессор Вильнюсского университета, член правления Европейской академии педиатрии (EAP-UEMS)

■ **Образование.** В 1986 году окончил медицинский факультет Вильнюсского университета, проходил аспирантуру в Институте педиатрии (г. Москва, РФ). Стажировался в Австрии, Канаде, Великобритании, Швеции. Приглашенный профессор в США и Финляндии.

■ **Научные интересы:** этиология бронхиальной астмы и других хронических респираторных заболеваний, клиническая фармакология, взаимодействие функциональных систем человека в условиях гипоксии, редкие заболевания, экология человека. Автор около 200 научных статей.

кто же станет референтной организацией, которой можно поручить оценку документов, поданных на аттестацию, рецензирование программ конференций, делегировать другие важные функции.

Мы в свое время тоже говорили, что, где два литовца, там три партии. Но сумели преодолеть период разногласий. Я надеюсь, что и в Украине это пройдет.

**В Украине существуют медицинские учреждения, способные оказывать услуги европейского уровня. Можно ли проводить аккредитацию таких учреждений, например, на уровне Украинской академии педиатрии, Европейской академии педиатрии? Существуют ли такие механизмы для отдельных учреждений?**

Европейская традиция такова, что Европейская комиссия (соответствует вашему Кабинету Министров) делегирует некоторые функции мощным европейским ассоциациям. Одна из функций, которую Европейская комиссия передала Европейской академии педиатрии, — оценка и аккредитация баз обучения, программ как додипломного, так и последипломного обучения, внедрение методик и рекомендаций, международных стандартов лечения, взаимное признание дипломов, которые получают наши педиатры. Это большая ответственность. Обычно мы приезжаем в институт, университет, который изъявил желание получить аккредитацию, проводим анализ документов, смотрим на месте, соответствует учреждение критериям Европейского Союза или нет (соответственно, выдаем или не выдаем аккредитацию). Мы не вмешиваемся в лечебный процесс, оцениваем только обучение; это обеспечивает взаимное признание дипломов, свободный обмен учащимися (как на додипломном, так и на последипломном этапе).

**Европейская традиция такова, что Европейская комиссия (соответствует вашему Кабинету Министров) делегирует некоторые функции мощным европейским ассоциациям.**

**Ваши пожелания украинским коллегам.**

Я часто приезжаю в Украину с поручениями Европейской академии педиатрии, Украинско-литовского совета по медицинской реформе. И хочу пожелать, чтобы вы продолжали двигаться вперед, чтобы изменения к лучшему становились еще более заметными, чтобы каждый врач ощутил их на себе.

Я искренне верю, что Украина станет счастливой, богатой и передовой страной.

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1360](http://accemedin.com/material/1360)

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



## Евгений Комаровский: «Педиатр – это не «лечитель», а учитель»

Підготувала Ольга Радучич

**Наверно, нет человека в Украине, который бы ни разу не слышал о докторе Комаровском. У него больше 5 миллионов подписчиков в Instagram. Передачи Евгения Олеговича смотрят сотни тысяч зрителей, а публикации читают множество поклонников и в Украине, и на постсоветском пространстве.**

**«За время профессиональной деятельности я дал более 500 интервью, и это если речь идет о СМИ. Но учитывая, что каждая беседа врача с родителями – фактически маленькое интервью, их, наверно, больше миллиона», – признается известный доктор.**

**В эксклюзивном интервью с Сергеем Сошинским для ресурса «Аксемедин» Евгений Олегович поделился мыслями о том, что должен знать и уметь современный педиатр, нужны ли стране научно-исследовательские институты и как должно осуществляться непрерывное профессиональное развитие врачей.**

**Как вы считаете, произошли ли за последние годы кардинальные изменения в профессиональном уровне врачей?**

Увы, однозначно нет. Потому что врач, который знает лучше или больше, обладает мастерством, соответствующим вызовам времени, не стал жить лучше.

Лучше стал жить врач с минимальным количеством морально-этических принципов, который позволяет себе финансово значимые контакты с работниками аптек, лабораторий, с коллегами. В результате существует замкнутый круг медицинских решений, которые подчинены материальным интересам и для которых доказательная медицина – это сказки, не позволяющие людям выжить. А выжить помогает назначение флуомидинов – за откаты, никому не нужных анализов – за проценты, направление пациента к друзьям, которые выполнят ему бесполезные обследования и манипуляции... Вот так можно выживать. На сегодня люди не понимают, насколько ценным является врач, который следует критериям доказательной медицины.

Я с 1991 года стараюсь придерживаться определенных принципов (тогда еще не было доказательной медицины) – и постоянно чувствую себя белой вороной в этой стране. Постоянно. Апеллируя к миллиону, начинаю понимать, что готовы это воспринять и принять 15% людей. То есть сегодня адекватных врачей ищут 15% населения. Все остальные хотят тех специалистов, которых и имеют.

**Как бы вы оценили уровень знаний украинских педиатров, терапевтов, семейных врачей по 10-балльной шкале?**

Есть люди, которые соответствуют максимальным показателям. 15% врачей входят в диапазон от 7 до 10 баллов.

Дальше следует очень большой пробел, касающийся среднего уровня подготовки. А от 4 баллов и ниже – все остальные специалисты.

**Какие теоретические и практические навыки, на Ваш взгляд, требуют первоочередного усовершенствования, если говорить о врачах первичного звена?**

Давайте обратим внимание на то, на чем строится псевдоморальный медицинский бизнес, проанализируем, за счет чего врачи выживают. И станет очевидно, что основные способы выжить – это:

- а) лабораторная служба;
- б) фармакотерапия;
- в) совершенно неадекватные методы лечения, за которые надо платить (я имею в виду разнообразные методы физиотерапии: прогревания, кварцевания и остальные глупости, которые у нас так широко распространены).

Скорее всего, акцент следует делать на подготовке в этом направлении. Анализы должны назначаться не тогда, когда врачу хочется что-то получить, а при нозологии, предполагающей конкретный протокол обследования. И надо рекомендовать не те анализы, которые вдруг пришли к тебе в голову и за которые заплатит лаборатория, а действительно необходимые в данной ситуации.

Наша задача – научить людей не делать глупости, не делать вещи, которые не входят в стандарты современного лечения. Но если уж мы сказали, мол, вы неправы и недостойны быть врачом, раз идете по неправильному пути, то должны сделать так, чтобы врач материально не нуждался. Мы обязаны научить людей, как выживать честно, иначе все время будем

опираться в финансовый вопрос. И в этом плане у меня огромные претензии к реформе.

---

**Наша задача — научить людей не делать глупости, не делать вещи, которые не входят в стандарты современного лечения.**

---

**Можно ли сделать вывод, что сейчас мяч находится на поле доказательной медицины, а гомеопатия, фуфломицины, антибиотики при вирусных инфекциях и другие подобные стратегии должны остаться за бортом? Почему многие украинские врачи тяготеют к сомнительным методам лечения? Как это изменить?**

Есть три аспекта. Аспект первый. Некоторые врачи заблуждаются и искренне верят в то, что некий фуфломицин помогает при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ), ведь они регулярно его назначают, и в течение недели дети на фоне этого лечения таки выздоравливают. Причинно-следственная связь, конечно же, не выстраивается, но врачи упорно считают, что именно благодаря этим фуфлоферонам «так быстро» проходят вирусные инфекции.

Аспект второй. Это бизнес, конкретные договоренности с медпредставителями, аптеками, лабораториями, коллегами за процент от чего-то. Мы же прекрасно знаем: в каждом лечебном учреждении страны расположена как минимум одна аптека. Или даже несколько якобы конкурирующих друг с другом. При этом врачи данного учреждения — все! — декларируют, что остальным аптекам они не доверяют. А доверяют только той аптеке, которая находится на территории их лечебного учреждения, поэтому все лекарства надо покупать здесь. Очевидно, что это лишь один из вариантов бизнеса.

Аспект третий. Пациенты, которые именно так и хотят лечиться. Они приходят и ждут от педиатра конкретной «таблеточки». И если ребенку действительно плохо, а ему назначат сладкий сиропчик и не назначат ни одного укольчика, то родители будут искать врача, который так назначит укольчик.

Мы взяли очень жесткий курс на обучение врачей, но забываем о важной проблеме. Система Семашко вырастила несколько поколений людей, которые не хотят эволюционировать в своих взглядах на современное здравоохранение. Они уверены, что задача врача скорой помощи — беседовать по ночам с бабушками о том, как лечить гипертонический криз; что в скорой должен работать именно врач, а не какой-то там парамедик; что уколы эффективнее таблеток; что к каждому антибиотику надо дать что-то «для желудка»; что существуют таблетки, «укрепляющие иммунитет»... Они убеждены в правильности таких идей, что проявляется готовностью за это платить. И всегда найдутся люди, которые пойдут им навстречу.

Тем не менее я считаю, что проводить эксперименты — не задача врача первичного звена. Для таких вещей мы и держим в стране огромное количество научно-исследовательских институтов, кафедр, вузов, медицинских университетов, Национальную академию медицинских наук. Это их прямая обязанность — организовывать клинические испытания, давать оценку методам, которые вызывают сомнения, и либо рекомендовать их в практику, либо не рекомендовать. А врач должен работать в рамках локального протокола, то есть такого, который адаптирован к его стране и к его среде обитания. Экспериментов не должно быть.

Очень трудно научить врачей, как поступать правильно. И сегодня наша важнейшая задача — юридически запретить врачам эксперименты с недоказательными методами лечения. Если данный препарат не имеет официальной рекомендации Министерства здравоохранения (МЗ) Украины для использования в этой клинической ситуации, изволь его не назначать. Точка.

**Как, по вашему мнению, должен решаться вопрос с финансированием непрерывного профессионального развития врачей: его должен оплачивать сам врач, работодатель (местная громада), государственный бюджет, профессиональная ассоциация, пациент или бизнес? Кто больше всего должен быть заинтересован в профессионализме врача и в правильно принятых клинических решениях?**

В профессионализме врача, если говорить глобально, заинтересовано общество. Я, наверно, уже тысячу раз повторял, что единственным источником существования врача должна быть заработная плата. Других источников быть не должно. По моему мнению, следует внедрить юридический запрет, рассматривать как уголовное преступление наличие у врача экономически значимого контакта с коллегой, лаборантом, работником аптеки. Любая денежка за назначение чего-либо — это криминал.

И в оплате труда необходимо предусмотреть некий процент на обучение. Например, вы получаете 1000 долларов в месяц, но 100 долларов можете потратить только на образование. Не израсходовал — извини, они пропали. Или, допустим, если в Нидерландах проходит съезд педиатров, а участие в нем стоит 500 долларов, то следует предусмотреть возможность взять такую сумму в кредит или заморозить, чтобы потратить на поездку. Оптимально было бы, если бы в зарплату врача закладывался процент, к которому нет доступа и который можно потратить только на образовательные цели.

---

**Единственным источником существования врача должна быть заработная плата.**

---

**Проводите ли вы публичные образовательные мероприятия (конференции, вебинары, семинары) для коллег? В чем сходство и отличия между аудиторией врачей и пациентов?**

Каждый раз, приходя в аудиторию к врачам, первое, что я вижу, — огромный голод из-за дефицита базовой информации. И когда я начинаю объяснять привычные для меня вещи, у людей происходит что-то вроде ломки.

Вот, например, ты работаешь участковым врачом, лечишь тысячу детей, всю жизнь назначал им вот это. А тут вдруг пришел Комаровский и сказал, что все, что ты делал, — туфта. Что они выздоравливали не потому, что ты их лечил. Они выздоравливали несмотря на то, что ты их лечил. Не всегда легко это признать.

Я не провожу лекции врачам планово, только когда меня об этом просят. Например, кто-то организывает встречу доктора Комаровского с родителями в каком-то городе. Приходит одна-две тысячи родителей, которым я читаю лекции, отвечаю на вопросы. Иногда организаторы таких лекций говорят: «Доктор, а вы бы не могли встретиться с нашими врачами?». Но порой у меня такое впечатление, что врачи попадают на мои лекции не потому, что хотят, а потому, что их каким-то образом к этому принуждают. И обычно они приходят надутые.

Меня же часто позиционируют как шоумена, заплатившего кучу денег, чтобы показали по телевизору. Но когда мы начинаем, буквально через 15 минут врачам становится ясно, что в медицине я разбираюсь, я не манипулятор и не шарлатан, они начинают превращаться в родителей и задавать вопросы того же уровня, которые мне задают родители: «А у моего сына аденоиды, я их лечила и так, и так — не помогает. Что бы вы посоветовали в такой ситуации?»

Я часто ловлю себя на мысли, что во время встреч с врачами в течение 15 минут я пытаюсь говорить с ними как с врачами, а потом раз — и они переключаются в режим «родители». И мы имеем тот же вариант, но просто более продвинутых родителей, с которыми говорить намного сложнее. У них обычно уже сформирован свой взгляд на проблему, в силу чего разубеждать их сложнее. Но получается.

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1346](http://accemedin.com/material/1346)

За допомогою застосування **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



**«Я просто стояв поруч».**

**Чим загрожує пасивне куріння**

**і як зменшити шкідливі наслідки**

Підготувала Ольга Радучич

Пасивне куріння (ETS – Environmental Tobacco Smoke) – поєднання негативного впливу продуктів згоряння сигарети та диму, який видихають люди. За даними доповіді «The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General» (2014 р.), він містить близько 7000 хімічних сполук. Сотні з них токсичні, а 70 – здатні спровокувати рак. Дані National Institute for Health Development доводять: коли людина, що не має цієї шкідливої звички, перебуває в одному приміщенні з кимось, хто викурює пачку щодня, вона отримує дозу диму, аналогічну 7-8 сигаретам.

## Мовчазна загроза: пасивне куріння підвищує ризик 11 патологій

Пасивне куріння підвищує ризик розвитку ряду захворювань. Центри з контролю та профілактики захворювань (США) стверджують, що вдихання тютюнового диму на 30% підвищує ймовірність розвитку інфарктів, інсультів, раку легень і астми. Щорічно у США фіксують 7300 смертей від раку легень серед людей, які ніколи не курили. Особливо в зоні ризику вагітні: малюк може народитися з низькою масою тіла, також існує небезпека передчасних пологів та розвитку аномалій.

Разом із тим наслідки для здоров'я пасивного куріння досі не вивчені повністю. Ще у 1928 році, майже століття тому, E. Schönberg запідозрив, що вдихання диму під час куріння чоловіків може спричинити рак легень у жінок, що не курять. Доступні дослідження демонструють, що пасивне та активне куріння однаково збільшують ризик деяких захворювань. Зокрема, йдеться про рак молочної залози у жінок (Sadri G., Mahjub H., 2007), алергічний риніт, алергічний дерматит та харчову алергію (Saulyte J. et al., 2014). Тож науковий пошук продовжується і в наші дні.

Досить масштабним став огляд публікацій за 1998–2014 роки, який у 2015 році виконали китайські вчені під керівництвом

Shiyi Cao. Вони проаналізували бази PubMed, Embase, Web of Science і Scopus. А також розглянули 16 метааналізів, які охоплювали 130 когортних досліджень, 159 досліджень з контролю випадків та 161 перехресне дослідження, зокрема 25 захворювань і порушень здоров'я.

Науковці встановили, що пасивне куріння дуже (щонайменше в 1,5-2 рази) підвищує ризик 11 специфічних захворювань або проблем зі здоров'ям, зокрема інвазивної менінгококової інфекції, раку шийки матки, носійства *Neisseria meningitidis*, носійства *Streptococcus pneumoniae*. Статистично значущим був вплив пасивного куріння і на розвиток інфекцій нижніх дихальних шляхів у дітей, харчової алергії, раку легень, інсульту, алергічного риніту, алергічного дерматиту.

## Ризики під час вагітності та вплив пасивного куріння на дітей

Куріння під час вагітності призводить до загибелі понад 1000 дітей щороку. Пасивне куріння здатне зумовити викидень, передчасні пологи, народження дитини з низькою масою тіла. Таку залежність прослідкували науковці з Йорданії H.A. Amasha та M.S. Jaradeh у 2012 році; малайзійські дослідники B. Norsa'adah та Omar Salinah – у 2014 році та інші.



Куріння партнера може призвести до викиднів. Дослідження, проведене в Гонконзі, показало, що у жінок, чоловіки яких викурюють понад 20 сигарет на день, імовірність викидню (спонтанного аборту) вища, ніж у тих, чоловіки яких не курили (джерело: The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke, Reproductive and Developmental Effects from Exposure to Secondhand Smoke, 2006).

На тлі пасивного куріння підвищується частота проблем зі здоров'ям у дітей та новонароджених. Спостерігаються порушення у дитини здатності навчатися, зміни поведінки, більш часті й важкі напади астми, респіраторні інфекції, захворювання вух, синдром раптової дитячої смертності, вроджені аномалії — розщілина губи та піднебіння, вкорочення кінцівок тощо.

Синдром раптової дитячої смерті — це раптова, незрозуміла, несподівана смерть немовляти в перший рік життя. Це основна причина смерті серед здорових дітей. Пасивне куріння мами під час вагітності, вплив вторинного тютюнового диму після народження малюка підвищує ризик синдрому раптової дитячої смерті. У немовлят, що помирають з цієї причини, вищі концентрації нікотину в легенях і рівні котиніну (маркера пасивного куріння), ніж у немовлят, які вмирають від інших причин.

Дані про ускладнення внаслідок пасивного куріння — не пусті слова. На сайті американських Центрів з контролю і профілактики захворювань США (CDC) зібрані історії, що ілюструють, у які життєві драми часом трансформуються ці, на перший погляд, сухі медичні показники.

## Рак легень та респіраторна патологія

Пасивне куріння викликає рак легень навіть у тих дорослих, які ніколи не курили. Якщо людина перебуває під дією тютюнового диму вдома або на роботі, ймовірність цієї патології підвищується на 20-30%. Пасивний вплив диму будь-якої тривалості здатний пошкоджувати клітини й запускати процес злоскісної трансформації клітин. Як і в разі активного куріння, прослідковується залежність: що більша тривалість та інтенсивніший вплив пасивного куріння, то вищий ризик розвитку раку легень. Пасивне куріння щорічно спричиняє понад 7300 смертей від раку легень серед американців, які не курять.

Серед респіраторних наслідків — хронічне обструктивне захворювання легень, часті пневмонії, бронхіти тощо.

## Щоб захистити тих, кого любиш

Як пацієнтам захистити себе від наслідків пасивного куріння? Ідеальне рішення — зовсім уникати перебування у зоні впливу тютюнового диму. Якщо ж за якихось обставин це неможливо, лікарі повинні поінформувати пацієнтів про альтернативи для їхніх рідних і близьких, що є курцями.

Завдяки новим технологіям медична спільнота може пропонувати особам, невмотивованим на відмову від куріння, рішення, що допоможуть уникнути контакту з тютюновим димом. Суть стратегії зменшення шкоди передбачає перехід на альтернативні продукти зі зниженим ризиком. Серед них — електронні системи доставки нікотину, медикаменти нікотинозамісної терапії, пластирі, жуйки. Найбільш схоже за відчуттями і ритуалом — використання електронних систем: електронних сигарет і систем нагрівання тютюну. Організм курця отримує звичайний нікотин, в той же час до нього не потрапляє тютюновий дим, а вміст шкідливих речовин у нікотиновмісному аерозолі на 90-95% менший порівняно зі звичайними сигаретами (Mallock N. et al., 2018).

Як електронні сигарети, так і системи нагрівання тютюну суттєво зменшують ризики пасивного куріння, адже вони не забруднюють повітря у приміщенні (Проданчук М.Г. та співавт., 2017 р.). Від використання електронних систем тютюн не го-

## Історія Джессіки

Бути самотньою матір'ю взагалі нелегко, а для Джессіки це вкрай складний виклик. Вона не тільки студентка, службовець банку і гравець у гандбол, який бере участь у змаганнях національного рівня, а й 28-річна мати дитини з важкою формою астми. Її сину Адену поставили цей діагноз у трирічному віці.

Хоча сама Джессіка ніколи не курила, лікарі встановили, що напади астми в Адена — наслідок саме пасивного куріння. Виявилось, що курцем була бабуся — мати Джессіки, яка наглядала за хлопчиком удень.

На жаль, Джессіка не знала про зв'язок між пасивним курінням і астмою. Лише після відвідування відділення невідкладної допомоги вона усвідомила небезпеку: «Лікарі запитували мене, чи я курю. Я заперечувала. А потім зрозуміла: Аден страждає від пасивного куріння, коли перебуває в будинку моєї мами».

Тепер щоденне життя Адена — це не лише навчання, ігри, а й регулярне вживання ліків протягом дня та застосування інгалятора під час нападу. У всіх учителів хлопчика під рукою є його ліки на випадок загострення астми у класі. «Аден злиться. Йому здається, що він — єдина дитина, яка має таку проблему. Він дійсно засмучений», — розповідає Джессіка. Хвороба негативно впливає і на психоемоційний стан матері. Вона постійно у стресі, адже «неможливо передбачити, коли у нього трапиться напад».

Джессіка радить мамам дізнаватися більше про своє оточення і не соромитися забороняти людям курити поблизу своїх дітей: «Причини хвороби вашої дитини можуть критися прямо під вашим носом, а ви навіть не дізнаєтеся про це. На щастя, моя мама чимдуж намагається кинути курити, вона припинила робити це у присутності Адена».

рить, а нагрівається до температури 300–350°C, яка у два-три рази нижча, ніж під час традиційного куріння сигарет. Рівень шкідливих речовин і сполук у такому аерозолі (не димі!) набагато менший (за різними даними, на 66–95%), немає окису вуглецю, на який багаті звичайні сигарети. Цей факт підтвердила і впливова американська організація — Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (Food and Drug Administration, FDA).

Наразі проведено багато досліджень електронних сигарет та систем нагрівання тютюну.

Вчені дійшли висновку, що ризики, обумовлені пасивним вдиханням аерозолі або пари, нижчі, ніж від тютюнового диму звичайних сигарет (Smith M.R. et al., 2016), однак говорити про цілковиту їх безпечність неможливо.

Наприкінці квітня FDA санкціонує продаж систем нагрівання тютюну на території США з ремаркою, що стверджувати про зменшення ризиків для здоров'я з переходом на цю систему у довгостроковій перспективі зарано: даних поки що недостатньо. Проте, зазначається ([www.fda.gov/media/124247/download](http://www.fda.gov/media/124247/download)), що наявні в даний час докази вказують на зменшення впливу токсичних речовин, що ймовірно, призведе до зменшення ризику захворювань, пов'язаних із вживанням тютюну.

**Системи нагрівання тютюну — це лише тимчасова альтернатива з меншими ризиками, сходинка, що наближає курця до повної відмови від шкідливої звички, яка і є головною метою і пацієнтів, і лікарів.**

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1401](http://accemedin.com/material/1401)

# Лікарі про пасивне куріння



**Олена Охотнікова**

професор, доктор медичних наук,  
завідувач кафедри педіатрії №1  
Національної медичної академії  
післядипломної освіти  
ім. П.Л. Шупика



У наш час негативний вплив на здоров'я людини тютюнового диму є загальновідомим. Особливо небезпечні – активне тютюнопаління вагітних жінок і підлітків та пасивне куріння дітей різного віку і дорослих.

Вкрай несприятливі наслідки дії тютюнового диму відображаються на органах дихання. Як активне, так і пасивне куріння збільшує частоту гострих респіраторних вірусних інфекцій, здатне викликати розвиток гострих бронхітів затяжного перебігу, рецидивних бронхітів з наступною їх хронізацією.

Особливо слід підкреслити роль тютюнопаління у погіршенні перебігу бронхолегеневої патології у дітей, що призводить до формування емфіземи і дихальної недостатності.



У цьому плані особливу увагу слід звертати на дітей, які народилися з малою масою тіла, з бронхолегеневою дисплазією в анамнезі чи її наслідками, дітей від батьків-курців, які мешкають в постійній атмосфері тютюнового диму.

На жаль, у наш час вже стало реальністю і хронічне обструктивне захворювання легень у дітей. У 90% випадків в його розвит-

ку ключову роль відіграє саме негативний вплив тютюнового диму. Доведено можливість формування емфіземи у дитячому віці. Вагомий внесок у це роблять ранній початок активного куріння, а також експозиція до тютюнового диму дітей-пасивних курців. Поширення вейпінгу (застосування так званих електронних сигарет) не вирішує проблеми, а тільки поглиблює її.

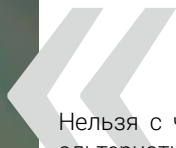
Варто відзначити, що в осіб, які відмовилися від куріння, зменшуються респіраторні симптоми (кашель, продукція мокротиння, хрипи), а також частота інфекцій нижніх дихальних шляхів, збільшується тривалість життя і знижується рівень смертності від хронічного обструктивного захворювання легень.

Дуже важко прогнозувати майбутню еволюцію бронхолегеневої патології у дітей. За прогнозами ВОЗ, через 30 років хронічна патологія легень посяде перше місце серед причин смертності у світі, випередивши рак і серцево-судинні захворювання. Тому надзвичайно важливо проводити боротьбу за здоровий спосіб життя і повну відмову від активного тютюнопаління як головної причини пасивного куріння дітей».



**Евгений Комаровский**

педіатр, кандидат медичних наук,  
известный український  
телеведучий, основатель  
передачі «Школа Доктора  
Комаровського»



Нельзя с чем-то бороться, не создав ему альтернативы. Если бы мы вкладывали средства в детский спорт, детский досуг, образцы поведения, которые мы сознательно делаем модными, постоянно показывали людей из молодежной тусовки (модных блогеров, артистов, реперов), которые бы рассказывали, что они не курят, то в стране бы многое изменилось к лучшему.

Мы не должны ставить целью примитивное морализаторство: «Или ты бросаешь курить, или я с тобой не разговариваю». Можно провести сравнение с человеком, имеющим алкогольную зависимость: если нам удастся добиться, чтобы вместо беспробудного пьянства от выпивал бокал хорошего вина раз в неделю, – это уже большой успех.



Конечно, идеальный вариант, если куритель вообще отказывается от вредной

привычки. Но в такой ситуации врачам лучше избегать излишнего морализаторства и предлагать безопасную альтернативу. Даже когда курильщик очень вредное (например, он курит вонючие сигареты по 100 штук в день), заменит на умеренно вредное, это уже значительное достижение. Или, к примеру, беременная женщина. Ну не может она бросить курить – и все тут! Конечно же, лучше менее вредная альтернатива. И мы должны ей такие альтернативы подсказать.

Невозможно преодолеть вредную привычку сразу? Следует идти к победе маленькими шагами. Кстати, надо бороться не только с активным, пассивным, но и с третичным курением: когда предметы интерьера, мебель пропитываются запахом дыма, а люди его вдыхают».



Видається сертифікат  
ХМАПО за проходження\*

+1 За проходження курсу  
нараховується 1 бал БПР\*

**У ЖОВТНІ**

**ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС**

**АТОПІЧНИЙ**

**ДЕРМАТИТ**

\*Лише верифікованим лікарям платформи accemedin.com

 аксемедін



АВТОР КУРСУ

**Євген Олегович Комаровський**

лікар-педіатр, кандидат медичних наук

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



**Марина Маменко:**

**«Вигадують справжні нісенітниці:**

**нібито на наші конференції педіатрів**

**автобусами, наче «тітушок», привозять»**

*Підготувала Ольга Радучич*

Чи готові українські педіатри сплачувати 30 євро за участь в освітньому заході? Чи мають право на життя рекламні виступи й конференції? У чому полягає функція профільних асоціацій і чи вони життєздатні? Які навчальні події отримали акредитацію міжнародних агенцій? Про це спілкуємося з Мариною Євгенівною Маменко, доктором медичних наук, професором, деканом педіатричного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика, головою ГС «Українська академія педіатричних спеціальностей».

#### **Які функції виконують національні асоціації та товариства?**

Це нелегке запитання. Справа в тому, що в нашій країні немає будь-якого, навіть рамкового, законодавства, яке б регулювало діяльність лікарських асоціацій. Відтак асоціації багато, а можливості реально впливати на діяльність лікаря – обмежені.

У світі асоціації – це об'єднання лікарів однієї або споріднених спеціальностей, які мають на меті перш за все захист – лікаря, професії, пацієнта. Інструменти і функції цих об'єднань можуть відрізнятися.

#### **Асоціацій багато, а можливості реально впливати на діяльність лікаря – обмежені.**

Наприклад, асоціації зазвичай головні суб'єкти у створенні протоколів, настанов, рекомендацій. Давайте поміркуємо: звідки Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) знати, як краще лікувати пневмонію чи гломерулонефрит у дитини? Стосовно таких питань обізнані педіатри, нефрологи, пульмонологи. Отже, вони і мають обговорювати, шукати підґрунтя, доводи-

ти, навіть сперечатися, але приймати спільні рішення та створювати настанови для своїх членів. Це ж і є захист. Протоколи захищають лікаря від претензій адміністрації, пацієнтів, представників правоохоронних органів щодо вибору тактики діагностики та лікування захворювання у певного хворого. Крім того, вони захищають пацієнта від некоректних дій лікаря, забезпечуючи йому шанси на отримання медичної допомоги, яка ґрунтується на засадах доказової медицини.

Важливо розуміти, що авторитетні фахівці, експертні групи створюють стандарти перш за все для тих лікарів, які тільки розпочинають практичну діяльність, не мають досвіду або працюють на первинній ланці, де умови для діагностики та надання висококваліфікованої допомоги обмежені.

Наразі МОЗ наполегливо рекомендує українським лікарям користуватися міжнародними настановами та протоколами. Що воно має на увазі? Якось до НМАПО ім. П.Л. Шупика приїжджав Том Лінне, фахівець із Каролінського університету – закладу, що присуджує Нобелівські премії. Коли ми запитали у нього, якими протоколами користується Швеція, своїми чи міжнародними, він взагалі не зрозумів запитання і терміну «міжнародна настанова». Бо немає універсального стандарту

для всього світу. Вони можуть відрізнятися у різних асоціацій в різних країнах.

Наприклад, незважаючи на те, що рекомендації з лікування позалікарняної пневмонії у США та в Британії створювалися на засадах доказової медицини, вони мають суттєві розбіжності щодо вибору тактики лікування. Рекомендуються різні антибіотики для терапії отиту в гайдлайнах Американської академії педіатрії та у Європі. До того ж навіть в окремих європейських країнах рекомендації відрізняються залежно від чутливості бактеріальних збудників. То що ж робити українському лікарю? Як вгадати, який протокол вибрати?

Цю роботу й мали б робити вітчизняні асоціації: аналізувати настанови, адаптувати їх до локальних умов, створювати на їх основі власні протоколи, рекомендувати їх використанню своїм членам, а у разі, якщо лікування за протоколом не забезпечило очікуваного ефекту, захищати лікаря.

У спілкуванні із клінічними ординаторами, аспірантами, молодими співробітниками НМАПО ім. П.Л. Шупика професор Том Лінне зі Швеції сказав дивовижну річ, майже кримінальну з погляду нашого МОЗ: «Протоколи розробляють винятково щодо тяжких патологій, які завершуються інвалідизацією або загибеллю пацієнта та потребують чіткої регламентації дій. Щодо багатьох легких нозологій протоколи не прописані. Протоколи – інструкція для недосвідченого фахівця, який не знає, яку тактику обрати в тій чи іншій клінічній ситуації. Досвідчений лікар на основі протоколів і власних спостережень має право вирішувати, що і як призначати».

Наведу аргумент, що підтверджує цю думку. На початку березня ми провели майстер-курс PedSmart, присвячений антибіотикотерапії в педіатрії, на який запросили відомого фахівця Роба Рассела (Rob Russell), професора Кембриджського університету. Він – інтенсивіст, людина, яка працює з тяжкими пневмоніями, очолює педіатричну панель Європейського союзу медичних спеціальностей (The European Union of Medical Specialists, UEMS-EU). Коли він розповідав нашим молодим фахівцям про те, як у Великобританії лікують пневмонію, то аналізував протокол Британського торакального товариства. У цих рекомендаціях вказано, що будь-яку пневмонію у дитини слід лікувати антибіотиками з причини високих ризиків і складності диференціальної діагностики пневмонії бактеріальної та вірусної етіології.

Роб Рассел розповів про власний досвід, який здивував присутніх фахівців. Він зазначив, що дитину у Британії, яка у віці до двох років має нетяжку пневмонію, можна не лікувати антибіотиками за умови, що вона перебуває під спостереженням лікаря. Тобто озвучив тезу, не прописану в настанові. Згодом цей момент викликав палкі дискусії у соціальних мережах між учасниками заходу й тими фахівцями, що не відвідували конференцію та ознайомилися тільки з одним – вирваним із контексту – слайдом. Але малося на увазі таке: у Британії високий рівень охоплення дітей вакцинацією проти пневмокока та *Haemophilus influenzae*, й саме про повністю вакциновану дитину йшлося у виступі. Нетяжка пневмонія у дитини до двох років – вірусна пневмонія, тому що *Haemophilus influenzae* і пневмокок завжди спричиняють тяжкий перебіг. Оскільки за клінічними ознаками немає підозр на бактеріальну пневмонію, професор Кембриджського університету вважає за доцільне залишити вакциновану дитину під наглядом та лікувати її без антибіотика, аби не формувати антибіотикорезистентність (що корисно і для здоров'я дитини, і для популяції в цілому).

Будь-які протоколи – це не щось стале. Це лише формальні рекомендації, які, як вважають, забезпечують найбільшу користь дитині та захищають лікаря від претензій батьків, коли щось пішло не так. Роль асоціацій полягає в тому, щоб створити універсальний фаховий орієнтир, як діяти у складних ситуаціях, спрямований на спеціалістів у певній галузі. Щоб вдосконалювати протокол, мають виникати додаткові дані, цікаві спостереження. Досвідчений фахівець має право докласти творчих зусиль та додавати щось до цього протоко-

лу, адже лише так з'являтимуться нові методики та підходи до лікування.

---

**Роль асоціацій полягає в тому, щоб створити універсальний фаховий орієнтир, як діяти у складних ситуаціях, спрямований на спеціалістів у певній галузі.**

---

**Які формати БПР використовуєте особисто ви, які заходи відвідуєте, на яких ресурсах навчаєтеся, звідки черпаєте натхнення для виступів у ролі спікера?**

Читаю те, що мені потрібно тут і зараз. Вважаю, що це також самоосвіта. Коли мені необхідно підготувати огляд для журналу або виступити з лекцією на певну тему, шукаю якісні настанови, починаю їх опрацьовувати, відбираю матеріал, що підходить для українських фахівців, і формулюю його доступною мовою. Адаптуючи настанови для колег, я отримую багато корисного.

Якщо говорити про формати навчання, найбільше мені подобається відвідувати міжнародні заходи. У 2002 році я вперше виграла грант на участь у Зальцбурзьких медичних семінарах. Досить багато лікарів з України стажувалися в межах цієї навчальної програми: заходи були різні за тематикою; протягом року викладачі (переважно із США) в Австрії проводили кілька десятків таких семінарів. Цей досвід захоплює мене не лише як лікаря, а і як викладача: майже 30 років я працюю на університетських кафедрах, маю бачення, як треба здійснювати навчальний процес. Було дуже цікаво дізнатися, як це відбувається на Заході, як там організують семінари і подають інформацію.

Ще одна незабутня сторінка – співпраця з Європейською асоціацією дитячих ендокринологів (ESPE). У 2008 році я поїхала навчатися на Зимову школу ESPE, яку щорічно проводить ця Асоціація. А за деякий час до мене звернувся керівник курсу – професор Малколм Дональдсон (Malcolm Donaldson) з Великобританії – з пропозицією стати співорганізатором навчання в Україні. У 2012 році ми втілили плани в реальність – провели навчальний курс в Ірпені (Київської області). Проект подарував мені можливість спілкування з величезною кількістю цікавих і надзвичайно професійних фахівців (більше ніж півроку я листувалася зі всіма викладачами – з Австралії, Канади, Німеччини, Великобританії) і колосальний досвід подолання викликів, відпрацювання організаційних нюансів заходу.

Формат заходу був унікальний, графік – дуже складний і динамічний: вранці – 1-2 лекції на 30-40 хвилин, потім кавабрейк і заняття в малих групах, обід, знову лекції та робота в малих групах... Викладачі, майданчики та групи постійно чергувалися. Напередодні ми буквально із секундоміром визначали, скільки часу потрібно, щоб здолати певну дистанцію, переміститися між аудиторіями.

Захід мав європейську філософію. По-перше, учасників відбирали за грантовим принципом: лікарі, які хотіли навчатися, заповнювали заяву, розповідали про себе, свій досвід, очікування від семінару. Перевагу віддавали молодим ендокринологам, прогресивним і перспективним. Розподіляли їх на групи з приблизно однаковими компетенціями й рівнем. Учасники прослухали всі без винятку лекції; невеличкі групи з чотирьох-п'яти людей спілкувалися з викладачами, розбирали складні клінічні випадки, працювали над науковими проектами. Зокрема, навчалися, як розрізнити якісну та неякісну публікацію (навіть якщо вона надрукована у виданні Scopus або Web of Science), як підготувати власну публікацію тощо. На прикладі цієї школи я переконалася: курси, коли лікар активно працює увесь день, – реальність і навіть задоволення, якщо постійно змінювати формати навчання.

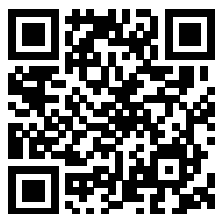
Повний текст статті на [accemedin.com/material/1377](http://accemedin.com/material/1377)

# 10 кроків до доповненої реальності



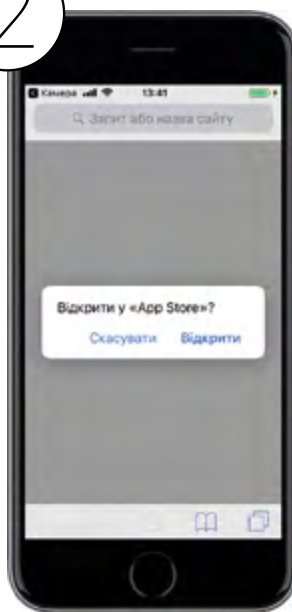
## Поповнюємо знання за допомогою AR+

1



Цей QR-код скануємо за допомогою застосунка **Камера** в режимі **Фото**. Після сканування зверху з'явиться посилання на застосунок. Натискаємо на нього.

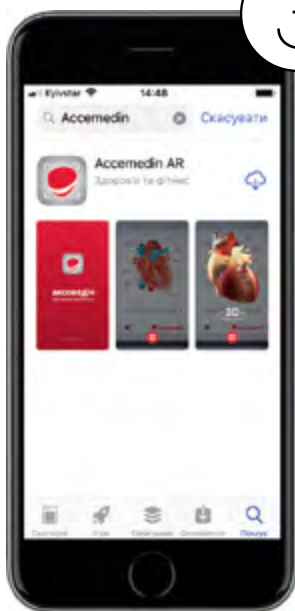
2



У відкритому вікні натискаємо на кнопку **Відкрити** для завантаження застосунка **Accemedin AR** з онлайн магазину **App Store** або **Google Play**.

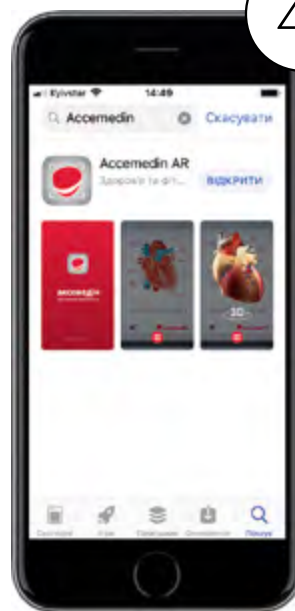


3



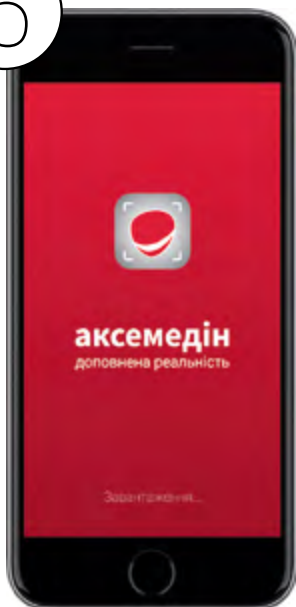
На завантаженій сторінці **Accemedin AR** знаходимо кнопку **Встановлення** та натискаємо на неї.

4



Після завантаження застосунка натискаємо на кнопку **Відкрити**

5



Тепер застосунок завантажений на Ваш смартфон та готовий до використання.



6



Після завантаження Ви побачите у відкритому вікні прозорий екран, миготливий сканер та червону кнопку **Меню**. Натискаємо на неї.



7



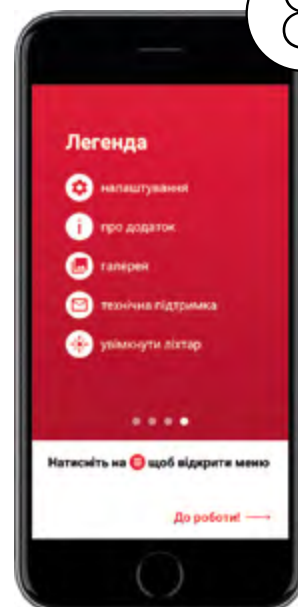
Знаходимо кнопку «i», натискаємо на неї та знайомимося з інформацією, як користуватися **Accemedin AR**.



Після навчання Ви можете впевнено використовувати застосунок — сканувати зображення та знайомитися з цікавою інформацією в 3D-форматі.



8



**Легенда**

- налаштування
- про додаток
- галерея
- технічна підтримка
- увійти до літар

Натисніть на **i** щоб відкрити меню

До роботи

9



Сканування відбувається автоматично, Вам потрібно тільки сфокусувати сканер на зображенні, що позначене логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**.



За допомогою кнопки **Дивитись більше** Ви маєте можливість ознайомитися з детальною інформацією про нові методи діагностики та лікування.

10



Не забувайте після кожного прочитаного матеріалу проходити опитування та отримувати бали.



Вітаємо Вас у доповненій реальності **Accemedin AR**

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



**Федір Лапій: «Не рідкість, коли зала  
вміщує 350 осіб, а у перший же день  
конференції зареєстровані 2000–2500  
учасників і вже роздані сертифікати»**

Підготувала Ольга Радучич

Сім'ю Федора Івановича Лапія, відомого дитячого інфекціоніста, кандидата медичних наук, доцента кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, можна назвати медичною: мати – стоматолог із величезним досвідом, дружина – за освітою також медик, анестезіолог, а діти, як жартує наш співрозмовник, знають про вакцинацію більше, ніж деякі спеціалісти.

Федір Іванович не впевнений, що хотів би для них лікарського майбутнього, адже ця професія надзвичайно відповідальна. Проте сам продовжує докладати максимум зусиль, аби змінити ситуацію з медициною, вакцинацією і безперервним професійним розвитком (БПР) лікарів в Україні на краще.

Він переконаний: звання професора, дистанція між ним і практичним спеціалістом та серйозні «обладунки» – піджаки та краватки – не синонім інтелекту. У світі популярний інший формат освіти: відомі спікери виступають у джинсах і кедах і на рівних, а не зверхньо, спілкуються зі студентами, інтернами, молодими колегами.

#### **Чи готові вітчизняні фахівці ментально й фінансово до БПР?**

Ми ніколи не будемо готові, якщо не розпочнемо ці зміни. Я працюю з лікарями різних поколінь: зустрічаюся і з фахівцями-початківцями, і зі спеціалістами з величезним – 30, 40 років – досвідом роботи. Залежно від того, до якого покоління належить лікар, його сприйняття нових підходів у БПР різняється. Колектив молодих лікарів зазвичай демонструє цілковиту підтримку змін та готовність до них: «Ми вже давно користуємося смартфонами, комп'ютерами, платформами Medscape, «Аксемедін», British Medical Journal, проходимо дистанційні курси». Вони готові витратити вільний від основної роботи час на навчання у такому форматі. Очевидно, лікарям, знайомим із системою ліцензування або правом на практику, яка є в Польщі, Німеччині, Литві, Норвегії, Швеції тощо, також хочеться усунути зайві бар'єри, зокрема написання звітів, відвідування досить таки дивних атестаційних комісій; зруйнувати залежність від вертикалі влади, що більше номінальна, аніж дійсно визначає кваліфікацію лікаря.

Лікарям старшого покоління, які рідше користуються сучасними інформаційними технологіями, комп'ютерами, дещо тяжче. Проте ми з колегами вже маємо досвід проведення очно-заочних курсів тематичного удосконалення і використовуємо для цього зокрема платформу «Аксемедін». Коли ми спілкуємося з лікарями, які вперше проходять курси тематичного удосконалення, які передбачають дистанційну (заочну) частину, ми цікавимося їхніми враженнями. Майже завжди відгуки позитивні: кажуть, що це дуже зручно, дає можливість не відволікатися від сім'ї та роботи, а здобувати знання дистанційно у вільний час.

Думаю, ми готові до трансформації системи БПР лікарів, маємо чимало прикладів її застосування в Україні.

#### **Дистанційні платформи натепер досягли піку популярності чи лише розпочинають свою переможну ходу в Україні?**

Наразі в Україні спостерігається стартовий етап запровадження цього освітнього формату: у лікарів з'явилася мож-



лівість навчатися дистанційно. Але, крім наявності освітніх платформ, слід звертати увагу на інформацію, яка там міститься: вона має бути якісна та сертифікована або акредитована.

---

**Крім наявності освітніх платформ, слід звертати увагу на інформацію, яка там міститься: вона має бути якісна та сертифікована або акредитована.**

---

**Чи мають право на існування комерційні конференції, рекламні доповіді? І чи справедливо те, що відвідування рекламної конференції надаватиме лікарю таку ж кількість балів і такий же сертифікат, як і участь у заході із незаангажованим контентом?**

Якщо йдеться про країни Західної Європи, США, Канаду, то там за комерційний контент із промоцією препарату, презентований під час конференції, бали не надають. Я член Європейського товариства дитячих інфекціоністів (ESPID), відвідую його заходи. Вони містять промоційну частину, де виробники презентують оновлення даних щодо своїх препаратів, отриманих з моменту останньої конференції, однак за це не нараховують бали. Вони надають винятково за навчальний контент.

Така система має працювати і в Україні. В нас вже є приклади заходів, у яких чітко зазначено конфлікт інтересів спікера та вказано, де промоційний час, а де навчальний, який дає змогу отримати бали для портфоліо.

**Критичні зауваження фахівців стосуються переважно того аспекту, що, запровадивши систему БПР, МОЗ не передбачило створення акредитаційної агенції або іншого регуляторного органу, який би оцінював наповнення програм конференцій та якість контенту. Тим самим воно фактично відкрило вільне поле діяльності для провайдерів освітніх послуг. Безперечно, серед них будуть і недобросовісні організатори. Конкуренція — це добре? Чи потрібне створення акредитаційної агенції?**

Цілком погоджуюся щодо неоднозначності цього нюансу. Мені відомо, що це питання обговорювали рік тому і воно перебуває на порядку денному МОЗ сьогодні. Дискусії про те, хто повинен оцінювати й контролювати якість конференцій, слідкувати за розмежуванням промоційної та навчальної частин, досі тривають.

Разом із тим у вільному конкурентному полі, де працює багато провайдерів, по-перше, конкуренти стежитимуть один за одним, по-друге, існуватимуть так звані репутаційні ризики. Якщо лікар має величезний вибір освітніх подій, то, на мою думку, він не витратить свій час на нудний захід, навіть якщо там краще годують. Фахівці вмотивовані отримати нові корисні знання, особливо коли самостійно за них сплачують. Саме лікар стане найкращим арбітром, що оцінюватиме якість конференції та представленої на ній інформації.

Тобто ми говоримо не про єдину акредитаційну агенцію, а про саморегульовану систему.

**Тобто ви вважаєте, що час розставити всі крапки над і, що створення спеціальної агенції та перекладання функції з акредитації заходів на профільні асоціації не потрібні?**

Хочу ще раз наголосити: революційні зміни у системі БПР, безумовно, потрібні. МОЗ задає ритм, є законодавцем моди і має визначити напрям змін. Проте навряд чи хтось заперечить, що в Україні є певні проблеми з професійними асоціаціями. Серед медичних працівників спостерігається інфантилізм, небажання об'єднуватися й нерозуміння потреби в цьому.

Досить розмита роль професійних асоціацій. Якщо б ми нині запропонували професійним асоціаціям ліцензувати лікарів, приймати до своїх лав тільки тих, хто відповідає

критеріям і дотримується стандартів, то не вдасться назвати велику кількість асоціацій, які, як це прийнято за кордоном, досить самостійні, самодостатні та здатні здійснювати деякі повноваження з тих, що натеper виконує держава в особі МОЗ.

Та я впевнений: настане час, коли з'являться інституції, зокрема професійні асоціації, які проводитимуть конференції, забезпечуючи їх якісним контентом.

**Окрім того, що ви — відомий лікар-практик, ви ще й багаторазовий гість на різних заходах. Як спікер конференцій та лектор академії, зазначте, будь ласка, які три теми найбільш цікаві медичній аудиторії?**

З тих тем, до обговорення яких я долучаюся, лідером рейтингу є вакцинація. Для України це дуже актуальне питання, бо в нас дефіцит інформації, брак фахівців. Мабуть, немає спеціальності, яку б не цікавили питання імунопрофілактики. І сімейному лікарю, і терапевту, і тим паче педіатру чи акушеру-гінекологу важливі нюанси вакцинації. Навіть нейрохірурги не залишаються осторонь від обговорень. Вакцинація — традиційно топова тема. В умовах спалаху кору її актуальність ще більше зросла, адже контакт із кором може відбутися у будь-якому відділенні: гематологічному, нефрологічному, відділенні реанімації чи хірургії. Звичайно, лікарі прагнуть мати вичерпні знання з цієї теми.

---

**Вакцинація — традиційно топова тема. В умовах спалаху кору її актуальність ще більше зросла.**

---

«Срібний призер» у рейтингу тем — юридичні поради, правила роботи у правовому полі. Нині законодавчі обмеження суворіші, ніж 20 чи 50 років тому (не кажучи вже про минуле століття, коли працював лікар Булгаков), а вимог набагато більше. Все частіше виникають судові позови щодо медичних працівників. Нові реалії змушують лікарів більше часу приділяти юриспруденції, аби чітко зрозуміти, які їхні права та обов'язки. Коли у плані конференції є питання про юридичну відповідальність медичного працівника, вони привертають увагу спільноти й викликають жваві обговорення.

На третьому місці — питання комунікації, мистецтва спілкування з хворим. Вони викликають чималий інтерес, мабуть, ще й тому, що є суттєві прогалини підготовки за вказаними напрямками в до- та післядипломній освіті.

**Яка має бути ідеальна конференція, здатна привернути увагу педіатра? Яка її складова обов'язкова: іноземний гість, гострі теми, практичні майстер-класи, можливо, безкоштовний вхід?**

На думку пересічного українського лікаря, це щось на зразок: «Там, де тепло, є море й пляж, куди мене привезуть чи відвезуть, де мене смачно нагодують і вклядуть мені в голову доступну інформацію, щоб я не напружувався». Звичайно, це жарт, але частка правди в ньому є.

Плануючи заходи і створюючи наукову програму, ми разом із Українською академією педіатричних спеціальностей анкетували лікарів, запитуючи, чи актуальна для них запропонована тема доповіді, коли і яка тривалість заходу їм зручна. На заходах намагалися викласти матеріал повною мірою, вдаючись до акторської майстерності; після завершення конференції просили учасників оцінити рівень спікерів.

Доволі несподівано, але понад 90% лікарів зазначили, що їм не потрібні накази МОЗ або департаменту охорони здоров'я, аби поїхати на конференцію; виявили готовність витратити вільний час і кошти на навчання (навіть у суботу та неділю, якщо контент якісний). Тобто понад 90% лікарів не проти інвестувати свій час в освіту.

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1394](https://accemedin.com/material/1394)



Видається сертифікат  
НМАПО ім. П.Л. Шупика  
за проходження\*

+1 За проходження курсу  
нараховується  
1 бал БПР\*

# ПРОЙДІТЬ

ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС

# Імунопрофілактика



\*Лише верифікованим лікарям платформи accemedin.com



АВТОР КУРСУ

**Лапій Федір Іванович**

кандидат медичних наук, доцент кафедри  
дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології  
НМАПО ім. П.Л. Шупика

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта — і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



# Краснуха



## Етіопатогенез

- Етіологічний фактор:** вірус краснухи.
- Патомеханізм:** вхідні ворота інфекції — верхні дихальні шляхи, вірус проникає до регіональних лімфатичних вузлів, де проходить реплікація → спричиняє віремію та може інфікувати більшість клітин та тканин (напр., лімфоцити, моноцити, кон'юнктиви, синовіальні оболонки, шийку матки, плаценту).
- Резервуар та шляхи передачі:** люди — єдиний резервуар; інфекція передається в основному повітряно-крапельним шляхом, також через безпосередній контакт із контамінованим матеріалом (в основному виділення верхніх дихальних шляхів, також сеча, кров, кал) та через плаценту (вроджена інфекція).
- Інкубаційний період та період заразливості:** інкубаційний період 12–23 дні (найчастіше 16–18); висока заразливість під час довшого або частого контакту з хворим (також у безсимптомних випадках) від 7 днів перед і до 6 днів після появи висипання. Інфікування плода відбувається у період первинної віремії у вагітної — ризик 85–100%, якщо висипання у вагітної протягом перших 12 тиж. вагітності, 54% — від 13 до 16 тиж., 25% від 17 до 22 тиж. Ризик інфікування плода під час реінфекції існує, але є дуже низьким. Діти із синдромом вродженої краснухи дуже довго виділяють вірус із сечею та через дихальні шляхи, навіть >12 міс. (50% до 6 міс., окремі до 2 років).

## Клінічна картина

Часто (≈50%) інфекція перебігає безсимптомно або малосимптомно. У решті випадків симптоми краснухи з'являються поступово (не всі з них повинні розвинутись).

- Продромальні симптоми** (тривають декілька днів): гірше самопочуття, головний біль та біль у м'язах, фарингіт, риніт,

сухий кашель, кон'юнктивіт (без світлобоязні), невисока лихоманка, втрата апетиту.

- Збільшення та болючість лімфатичних вузлів** (задньошийних, потиличних, заушних, шийних): з'являється за 1 день до появи висипання та може бути єдиним симптомом інфекції; може зберігатися декілька тижнів.

- Період висипань:** плямисті або плямисто-папульозні, рожеві висипання змінного характеру; спочатку на обличчі (зазвичай спочатку за вухами) та тулубі, через 1–2 дні на кінцівках; на обличчі нагадує висипання під час кору (елементи зливаються), але захоплює також шкіру між складками щік (трикутник Філатова), на тулубі більше подібна до скарлатинозної висипки. Може супроводжуватися свербіжем. Минає через 2–3 дні, не залишає пігментації, може з'явитися незначне злущення шкіри.

- Інші (з'являються рідше):** спленомегалія, фарингіт, червоні плямки на м'якому піднебінні, транзиторний гепатит.

- Вроджена краснуха** — симптоми залежать від тижня вагітності, на якому відбулося інфікування:

- 1) інфікування на перших тижнях → загибель плода та викидень;
- 2) інфікування у II або III триместрі → численні вроджені вади розвитку (чим раніше інфікування, тим значніші зміни, аж до смерті плода включно);
- 3) інфікування після 22 тиж. вагітності не є небезпечним для плода.

## Діагностика

### Допоміжні дослідження

Показані у вагітних жінок та у випадку підозри на вроджену краснуху.

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1268](https://accemedin.com/material/1268)

За допомогою застосування **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



# Кір

## Етіопатогенез

- 1. Етіологічний фактор:** вірус кору.
- 2. Патомеханізм:** вірус проникає у клітини епітелію верхніх дихальних шляхів та кон'юнктив → первинно розмножується у регіонарних лімфатичних вузлах та лімфатичній тканині → проникає у кров, викликає віремію та інфікує клітини лімфатичної системи усього організму, а також епітелій дихальних шляхів.
- 3. Резервуар та шляхи передачі:** люди – єдиний резервуар; інфекція переноситься повітряно-крапельним шляхом та через контакт з інфікованими виділеннями (напр., секрет із дихальних шляхів).
- 4. Інкубаційний період та період заразливості:** інкубаційний період до появи продромальних симптомів 8–12 днів (в середньому 10), до появи висипки – в середньому 14 днів (7–18 днів); висока інфективність – ризик захворювання після контакту у сприйнятливої до інфекції особи дуже високий. Пацієнт інфікує інших від моменту появи продромальних симптомів до 3–4 днів після появи екзантеми. Інфективність вірусу зберігається у повітрі або на інфікованих поверхнях до 2-х год.

## Клінічна картина

**Інфекція практично завжди перебігає з клінічними симптомами. Поетапно з'являються:**

- 1) продромальні симптоми (тривають декілька днів): висока гарячка, навіть до 40 °С (1–7 днів); сухий кашель (може зберігатися 1–2 тиж.), виражений риніт; кон'юнктивіт (світлобоязнь) – може бути значно вираженим (особливо у дорослих), з набряком повік; минає одночасно зі зниженням гарячки;
- 2) плями Бельського-Філатова-Копліка – сіро-білі множинні папули на слизовій оболонці щік на рівні премолярів; з'являються 1–2 дні перед появою екзантеми, зберігаються до 1–2 днів після її появи. Патогномонічний симптом, але його відсутність не виключає кору.

3) період висипань (плямисто-папульозні висипання) – плями та папули від темночервоного до фіолетового кольору, діаметром 0,1–1 см, з'являються протягом 2–4 днів; часто спочатку на голові (на чолі, нижче лінії волосся, за вухами; висипання не захоплюють волоссяних ділянок шкіри), далі поетапно поширюються на тулуб та кінцівки. Окремі висипання зазвичай зливаються між собою. Висипання починають бліднути та зникати через 3–7 днів в такій послідовності, як і з'являлися, залишаючи буру пігментацію та легке злущення епідермісу;

4) інші симптоми (спостерігаються рідше) – відсутність апетиту, діарея, генералізована лімфаденопатія.

## Діагностика

### Допоміжні дослідження

Показані у кожному випадку підозри на кір. Забезпечте матеріал для вірусологічних і молекулярних досліджень.

#### Ідентифікація етіологічного фактора:

1) серологічне дослідження (ІФА): специфічні антитіла проти вірусу кору класу IgM у сироватці у невакцинованої впродовж останніх 2–3 міс. особи. З'являються через 2–3 дні від появи висипань та зникають через 4–5 тиж. Забір клінічного матеріалу (кров) необхідно провести через >7 днів від появи висипань (найвища концентрація специфічних IgM). Якщо забір зразка проведено раніше і результат був негативним, дослідження необхідно повторити. Якщо визначення IgM не є можливим, діагноз підтверджує 4-кратне підвищення титру специфічних IgG у сироватці з інтервалом 4 тиж. (у гострій фазі хвороби та в період реконвалесценції).

2) ізоляція вірусу – іншого, ніж вакцинного, штаму (культивування): клінічний матеріал (забір найкраще провести протягом 1–4 днів від появи висипань) – мазок із глотки, сеча, цільна гепаринізована кров. Клінічний матеріал (найкраще зразок сечі та мазок із глотки) зберігайте у морозильній камері та відправте до лабораторії, яка виконує такі дослідження.

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1262](https://accemedin.com/material/1262)

# Кашлюк (коклюш)

## Визначення та етіопатогенез

Бактеріальне інфекційне захворювання, що перебігає під виглядом затяжного бронхіту, з тяжкими нападами кашлю.

1. **Етіологічний фактор:** грам-негативна аеробна паличка *Bordetella pertussis*, яка синтезує кашлюковий токсин; ворота інфекції – верхні дихальні шляхи.

2. **Патомеханізм:** токсин викликає некроз епітелію дихальних шляхів (некроз найбільше виражений у трахеї), в результаті порушується виділення слизу (густий і в'язкий) та сильно стимулюється кашльовий рефлекс.

3. **Резервуар і шляхи передачі:** єдиним резервуаром є людина; джерелом інфекції є хвора людина (в т. ч. попередньо щеплена, якщо захворіє); шлях інфікування в основному краплинний, внаслідок вдихання виділень з дихальних шляхів пацієнта (розпилених у повітрі під час кашлю).

4. **Інкубаційний період та період заразливості:** інкубаційний період 5–21 днів (зазвичай 7–14 днів); висока контагіозність для оточення (до 80 %), найвища у перші 3 тиж. хвороби (у катаральному періоді і на початку періоду спазматичного кашлю).

## Клінічна картина

Нагадує бронхіт з нападоподібним, тривалим кашлем. Перебіг захворювання і тяжкість симптомів залежать від стану імунорезистентності (повторне чи поствакцинальне захворювання мають легший перебіг і нетипову клінічну картину – домінує тривалий нехарактерний кашель). Типовий перебіг включає:

1. **Катаральний період (1–2 тиж.):** грипозоподібні симптоми (невисока гарячка або її відсутність); під кінець з'являється кашель, спочатку вночі, потім і впродовж дня, спочатку сухий, поступово стає нападоподібним.

2. **Період спазматичного кашлю (4–6 тиж.):** напади спастичного кашлю без можливості набрати повітря (реприза), кашель закінчується глибоким вдихом з голосним гортанним свистом, що нагадує «кукурікання» (у дітей, рідше у підлітків

і дорослих); виникає серіями. Під кінець нападу пацієнт відкашлює густе в'язке харкотиння (діти можуть його ковтнути, а потім виблювати). Напади можуть супроводжуватись набряком і ціанозом обличчя, петехіями на лиці та кон'юнктивах; у новонароджених і маленьких дітей замість кашлю може виникати апное, генералізовані судоми. Приступи виснажливі; поза ними стан хворого є досить добрим. У дорослих, як правило, домінує тривалий, не характерний кашель.

3. **Період одужання (3–4 міс.):** кашель поступово зникає, періодично – особливо після навантаження або в перебігу іншої інфекції – може повторно посилитись.

## Діагностика

### Допоміжні дослідження

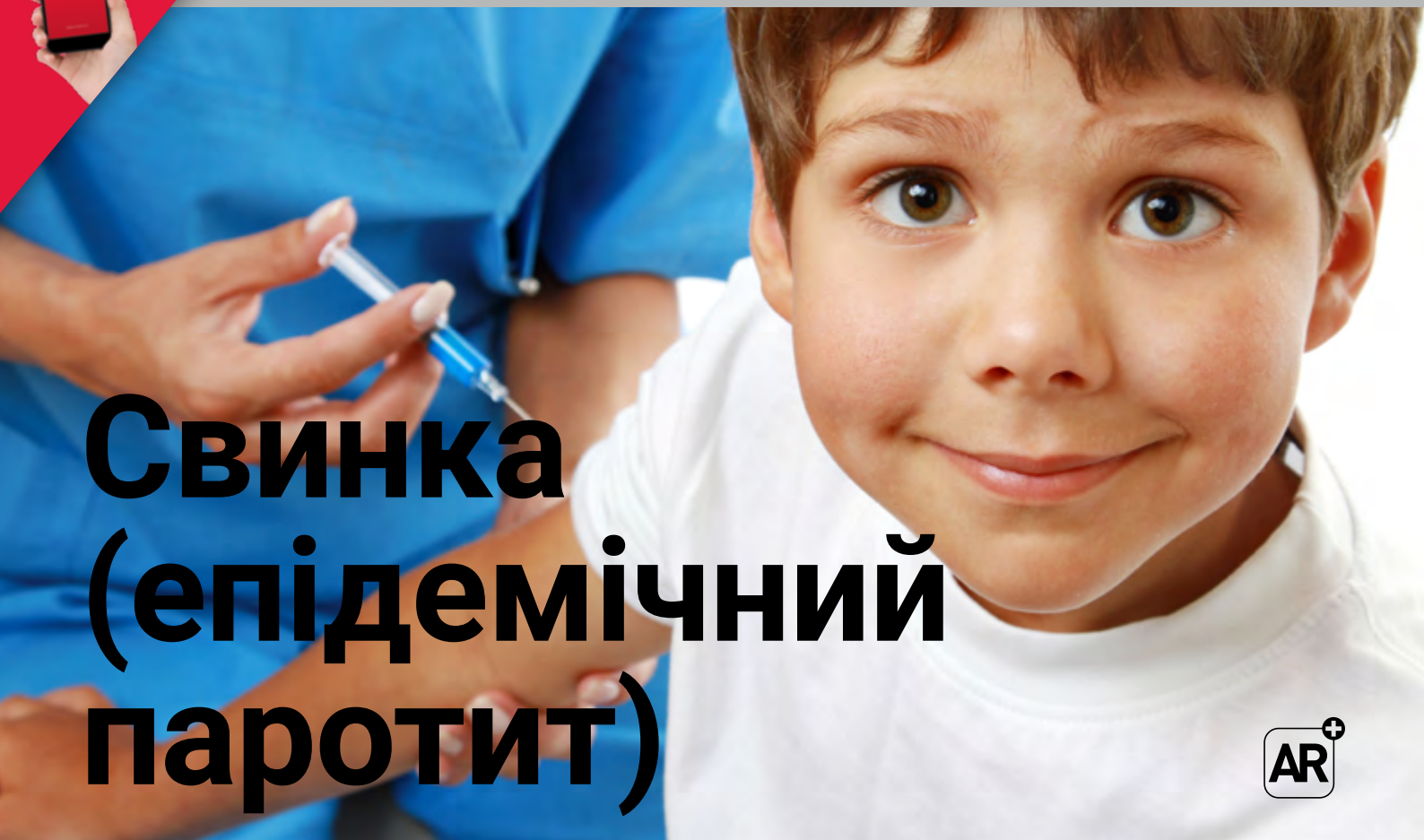
#### 1. Ідентифікація етіологічного фактора:

1) бактеріологічний метод – середовище ReganLowe чи Борде-Жангу, мазок з глотки або глибокий мазок з носа (забір проводиться дакронним зонд-тампоном або тампоном з альгінатом кальцію, не використовуйте ватних тампонів); це золотий стандарт, проте 50 % результатів – псевдонегативні (особливо у щеплених осіб або у пацієнтів, що лікувалися відповідним антибіотиком);

2) серологічне дослідження (ELISA) – виявлення специфічних антитіл до кашлюкового токсину (PT) *B. pertussis* у сироватці (обмежена вірогідність з огляду на труднощі в інтерпретації результатів). IgG – у старших дітей і дорослих є результатом перенесеної інфекції або щеплення; якщо пацієнт не був щеплений проти кашлюка протягом останніх 12–24 міс., то підвищений титр IgG до PT в єдиній пробі вказує на свіже інфікування; підтвердженням захворювання також є збільшення на  $\geq 100\%$  або зменшення на  $\geq 50\%$  рівня антитіл, виявлених в другій пробі сироватки, взятої через 2–4 тижні після забору першої проби. IgA – підтверджують свіже інфікування (також синтезуються у щеплених від кашлюка осіб), циркулюють до кількох міс., визначають їх виключно у випадку сумнівного чи невірогідного результату для IgG.

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1261](http://accemedin.com/material/1261)

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



# Свинка (епідемічний паротит)



## Етіопатогенез

1. **Етіологічний фактор:** вірус паротиту.
2. **Патомеханізм:** вхідні ворота інфекції – дихальні шляхи (початкова реплікація у клітинах епітелію дихальних шляхів) → віремія та інфікування багатьох органів та тканин (у т. ч. слинних залоз, ЦНС).
3. **Резервуар та шляхи передачі:** люди – єдиний резервуар; джерело інфекції – хворий або інфікована людина з безсимптомним перебігом, інфекція передається повітряно-крапельним шляхом, через безпосередній контакт, або посередньо через контакт з інфекційним матеріалом чи інфікованими предметами (кров, слина, спинно-мозкова рідина, сеча).
4. **Інкубаційний період та період заразливості:** інкубаційний період 14–24 дні (у середньому 16–18); пацієнт може бути джерелом інфекції від 7 днів перед і до 9 днів після появи набряку слинних залоз (вірус присутній у сечі до 2 тиж.).

## Клінічна картина

У 20–30 % випадків перебіг є безсимптомним. При симптоматичних формах різкий початок, гострий перебіг. Можуть з'являтися усі нижче описані симптомокомплекси, їх комбінації або лише один із них.

1. **Продромальний період** (гриппоподібні симптоми): рідко у дітей, частіше у дорослих, 1–7 днів перед появою набряку слинних залоз.
2. **Сіалоаденіт:** найчастіше привушних (60–70 %), рідше підщелепних (10 %) залоз, зазвичай двосторонній (≈70 %); слинні залози можуть уражатись по черзі або одночасно.
  - 1) біль і набряк слинних залоз – найсильніші на 2-ий або 3-ій день; слинна залоза «тістувата», рідше тверда, шкіра

над нею напружена, незмінена, поступово набряк охоплює навколишні тканини (скроневі ділянки, ділянки виличної дуги, соскоподібного паростка, шиї), відтісняючи вушну раковину назовні. Ці симптоми зменшуються через 3–4 дні, регресують повністю через ≈7 днів.

- 2) гіперемія ділянки виходу протоки привушної слинної залози з набряком сосочка на слизовій оболонці щоки;
- 3) зниження виділення слини (відчуття сухості у ротовій порожнині), біль слинної залози з посиленням під час споживання кислих харчових продуктів (або інших, що сильно стимулюють виділення слини);
- 4) утруднене жування, ковтання та відкривання рота;
- 5) лихоманка (38–39 °C) – з'являється одночасно з набряком слинних залоз, зберігається 3–4 дні; рецидивує у випадку ураження інших слинних залоз або ускладнень; у малих дітей може не розвиватись;
- 6) інші симптоми – погане самопочуття та слабкість, біль голови, втрата апетиту, блювання.

3. **Менінгіт:** типові для вірусного менінгіту зміни у спинно-мозковій рідині (в розд. 27.2) з'являються у 60–70 % хворих на паротит, але у більшості випадків перебіг мало- або безсимптомний. Клінічні прояви (менінгеальний синдром) у 5–10 % хворих, частіше у дорослих, ніж у дітей, зазвичай між 4-им та 8-им днем хвороби (рідше перед сіалоаденітом або в період реконвалесценції). Інтенсивність зазвичай незначна, симптоми регресують протягом тижня. Можливий менінгіт без симптомів сіалоаденіту. Менінгоенцефаліт з тяжким перебігом: зустрічається рідко (2 на 100 000 випадків); смертність ≈1 %.

4. **Орхоепідидиміт:** одно- або двобічний; зустрічається у 30–40 % хворих хлопчиків (у підлітковому віці) і молодих чоловіків, зазвичай наприкінці першого тижня (часто з менінгітом).

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1263](https://accemedin.com/material/1263)

# Вітряна віспа



## Етіопатогенез

- 1. Етіологічний фактор:** вірус вітряної віспи та оперізуючого лишая (VZV).
- 2. Патомеханізм:** вхідні ворота інфекції: верхні дихальні шляхи та/або кон'юнктиви → проникає до регіональних лімфатичних вузлів та через декілька днів до печінки і селезінки (реплікація) → віремія та інфекція епітеліальних клітин шкіри та слизових оболонок (а також багатьох інших тканин та органів) → переходить у клітинах спінальних гангліїв (через декілька років може реактивуватися у вигляді оперізуючого герпесу).
- 3. Резервуар та шляхи передачі:** люди — єдиний резервуар; джерело інфекції — хворий на вітряну віспу, рідше — на оперізуючий герпес; інфекція передається повітряно-крапельним шляхом, через безпосередній контакт та через плаценту.
- 4. Фактори ризику (тяжкого перебігу та ускладнень):** вік >20 років; вагітність, особливо II та III триместр (тяжка пневмонія, смерть); імуносупресія, у т. ч., тривала кортикотерапія (>1 мг преднізону/кг маси тіла/добу ≥14 днів) та суттєві дефіцити клітинного імунітету (тяжкий перебіг, смерть); новонароджені, матері яких захворіли на вітряну віспу (поява висипання) протягом 5 днів перед пологами або до 48 год після них (тяжкий перебіг, смерть).
- 5. Інкубаційний період та період заразливості:** інкубаційний період 10–21 день (у середньому 14; у новонароджених та немовлят коротший; в осіб із імуносупресією довший — до 35 днів); заразливість для контактних осіб дуже висока (під час домашніх контактів >90%), починаючи з 48 год перед появою вітрянкового висипання до підсихання (вкривання струпами) останніх пухирців (зазвичай ≈7 днів); новонароджені та немовлята із синдромом вродженої вітряної віспи не інфікують контактних осіб.

## Клінічна картина

Рідко безсимптомний перебіг.

- 1. Продромальний період:** грипopodobні симптоми за 1–2 дні перед появою висипання (частіше у молоді та дорослих) — лихоманка/субфебрильний стан, погане самопочуття, біль голови та біль у м'язах, фарингіт, риніт, зниження апетиту; іноді транзиторна гіперемія шкіри; біль у животі, рідше діарея.
- 2. Період висипань:**
  - 1) сверблячі везикулярні висипання на цілому тілі — спочатку еритематозні плями, потім папули діаметром 5–10 мм, на яких з'являються невеликі пухирці з прозорим вмістом, який пізніше стає мутним. Через 2–3 дні з'являються пустули, які підсихають до кірочок через наступні 3–4 дні. Після відпадання кірочок залишаються тимчасові дрібні рубці та пігментація, які минають безслідно у неускладнених випадках. При імунодефіцитних станах можливі геморагічні висипання. Елементи з'являються хвилеподібно протягом перших 3–4 днів, повністю розвинені висипання мають поліморфний характер, тобто наявні усі етапи еволюції висипання. Висипання з'являються на голові (також на волосній частині голови) та тулубі, потім на плечах, наприкінці на нижніх кінцівках; рідше на руках та стопах. Інтенсивність різна — від декількох до кількох сотень елементів. У 10–20% випадків також на слизовій оболонці ротової порожнини та горла, статевих органів, а також на кон'юнктивах і рогівці (дрібні виразки).
  - 2) лихоманка зазвичай протягом перших 4 днів висипань, збільшення лімфатичних вузлів, фарингіт.
- 3. Вроджена вітряна віспа:** клінічна картина залежить від терміну вагітності, при якому відбулося інфікування VZV.

Повний текст статті на [accemedin.com/material/1269](http://accemedin.com/material/1269)

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



# Стороннє тіло в зовнішньому слуховому проході

## Причини та наслідки

Найчастіше у дітей – дрібні іграшки або їх фрагменти, камінці, гумки для олівців, скручений папір, пінопласт, жувальні гумки, батарейки, горох, інші насінини або комахи.

**Симптоми:** від майже непомітних до болю та кров'янистих виділень, якщо виникає пошкодження слухового каналу або барабанної перетинки. З часом розвивається запальний стан, що може проявлятися виділеннями з неприємним запахом та болем. Може виникнути порушення слуху. Батарейки можуть спричинити некроз внаслідок проведення струму у вологому середовищі. Потрапляння комахи у вухо може бути дуже неприємним, а іноді супроводжуватися головокружінням та блюванням.

## Перша допомога

Найчастіше у дітей – дрібні іграшки або їх фрагменти, камінці, гумки для олівців, скручений папір, пінопласт, жувальні гумки, батарейки, горох, інші насінини або комахи.

**Симптоми:** від майже непомітних до болю та кров'янистих виділень, якщо виникає пошкодження слухового каналу або барабанної перетинки. З часом розвивається запальний стан, що може проявлятися виділеннями з неприємним запахом та болем. Може виникнути порушення слуху. Батарейки можуть спричинити некроз внаслідок проведення струму у вологому середовищі. Потрапляння комахи у вухо може бути дуже неприємним, а іноді супроводжуватися головокружінням та блюванням.

Направте потерпілого в клініку/лікарню. Не намагайтеся на сліпо видаляти стороннє тіло.

## Алгоритм дій в кареті швидкої допомоги, амбулаторії або в лікарні

Дійте самостійно виключно тоді, якщо ларинголог недоступний.

- 1 Діагностика:** підтвердження при отоскопічному обстеженні. При диференційній діагностиці враховуйте можливі нагромадження вушної сірки, гематому, запалення зовнішнього вуха, перфорацію барабанної перетинки, подряпину слухового проходу та пухлини.
- 2 Видалення стороннього тіла:** у випадку будь-яких сумнівів або ускладнень скеруйте пацієнта до отоларинголога. Якщо вважаєте, що спізнення з наданням допомоги може завдати пацієнту шкоди, можете зробити спробу, але тільки якщо є отоскоп та добре освітлення, завжди під контролем зору та обережно, щоб не спричинити протовхування стороннього тіла глибше в слуховий канал:
  1. у дітей та деяких дорослих, при необхідності, застосуйте седацію;
  2. відтягніть мочку вуха вгору та назад у дорослих, а у малих дітей – вниз, щоб краще візуалізувати слуховий прохід;
  3. комах у вусі потрібно вбити перед спробою їх видалення, закапуючи у вухо парафінове масло або 2% розчин лідокаїну;

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1267](https://accemedin.com/material/1267)



**М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович**  
**МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**  
**МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ**



ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

За оцінками ВООЗ в 2017 році 1 мільйон дітей захворіли на туберкульоз (ТБ) та 230000 дітей померли від нього (включаючи дітей з ВІЛ-асоційованим ТБ). За даними Партнерства «Зупинити ТБ», щодня в світі від ТБ помирає біля 200 дітей. Особливо гостро ця проблема стоїть серед контингенту дітей, хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) і туберкульоз з розширеною медикаментозною резистентністю (РРТБ). Як правило, це діти, інфіковані внаслідок сімейного контакту з соціально неблагополучних сімей. Проблема ускладнюється тим, що в Україні існують відділення дитячої фтизіатрії, але немає жодного спеціалізованого дитячого фтизіохірургічного відділення, а проведення оперативного лікування у дітей, хворих на МРТБ/РРТБ має свої особливості [3, 12].

Метою даного повідомлення є ознайомлення широкого кола лікарів з власним досвідом хірургічного лікування дітей та підлітків, хворих на МРТБ (РРТБ).

#### Матеріали і методи

В період з 01.2008 по 02.2019 роки нами були прооперовані 28 дітей, хворих на МРТБ (РРТБ) легень. В дослідження були включені діти та підлітки до досягнення ними 18-ти років. На проведення дослідження було отримано інформовану згоду батьків дітей або їх опікунів.

Для виконання завдання дослідження були проаналізовані історії хвороб прооперованих хворих (форма № 003/0), виписки з історій хвороб (з інших стаціонарів); «Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі» (форма № 008/0), а також офіційні документи патоморфологічної лабораторії ("Журнал реєстрації результатів гістологічної діагностики операційного та біопсійного матеріалу"). Також для аналізу клінічних даних хворих, що були включені в дослідження, частково була використана локальна електронна база даних НІФП НАМНУ сформована із застосуванням програм «МСМЕДScientific» і «EMCiMED». Встановлення випадку МРТБ (РРТБ) легень проводилося відповідно до діючих стандартів діагностики ТБ.

Основними методами дослідження були мікробіологічний, молекулярно-генетичний і рентгенологічний. Рентгенографія органів грудної порожнини ОГП виконувалась перед операцією, на 1-3 і на 12-15 добу після операції та перед випискою. Спіральна комп'ютерна томографія (СКТ ОГП) виконувалась перед операцією, після операції (за показаннями), через 2 місяці після операції, через 6-12 міс. і в подальшому 1 раз в рік.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Серед прооперованих пацієнтів переважали підлітки чоловічої статі. Середній вік хворих склав 12,7 років (від 4 до 17 років). Наймолодшою дитиною в досліджуваній групі був хлопчик 4-ти річного віку, якому була виконана відеоасистована нижня лобектомія зліва. Коефіцієнт чоловіча/жіноча стать — 17 (60,7%)/11 (39,3%). 3 (10,7 %) пацієнтів були прооперовані з приводу рецидивів МРТБ/РРТБ. За профілем резистентності розподіл був наступним: хворих на МРТБ в досліджуваній групі було 21 осіб (75,0 %); хворих на РРТБ — 7 (25,0 %). Розподіл дітей за формами ТБ представлений в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл прооперованих хворих за формами туберкульозного процесу

Клінічна форма туберкульозу	Кількість хворих	Відсоток (%)
Фіброзно-кавернозний	12	42,9
Туберкуломи	8	28,6
Туберкульозний плеврит	2	7,1
Емпієма плеври	6	21,4
Всього	28	100

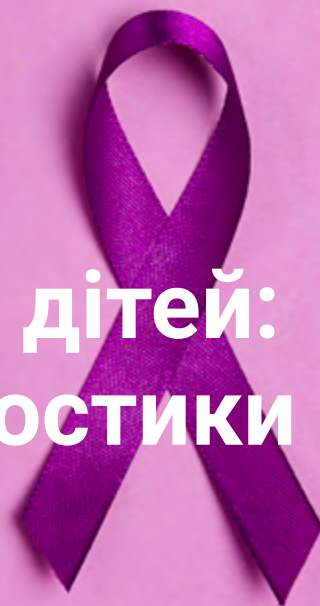
Всі хворі в передопераційному і післяопераційному періоді були консультовані фтизіатрами НІФП НАМНУ. Був проведений курс передопераційної хіміотерапії тривалентію від 6 до 18 міс. Тому на момент операції більшість пацієнтів вже не виділяли МБТ. Лише 4 (14,3 %) дітей на момент операції виділяли МБТ. На момент проведення оперативного лікування у більшості дітей було досягнуто стабілізації туберкульозного процесу.

Передопераційна підготовка проводилась у наступних напрямках: досягнення можливої стабілізації туберкульозного процесу; досягнення можливої компенсації фізіологічних функцій систем організму; досягнення санації трахеобронхіального дерева; корекція супутньої патології при її наявності.

Ключовими елементами передопераційної підготовки були: протитуберкульозна терапія і санація трахеобронхіального дерева. Слід відмітити, що особливістю перебігу МРТБ/РРТБ у дітей є більш часте, ніж у дорослих, враження специфічним процесом трахеобронхіального дерева. В таблиці 2 представлені дані ендоскопічної картини при поступленні у дітей, направлених на хірургічне лікування.

На етапі обстеження і передопераційної підготовки у 13 (46,4 %) дітей, тобто майже у половини, було виявлено ознаки перенесеного туберкульозу трахеобронхіального дерева, або «свіжих» туберкульозних змін.

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



# Фокальна епілепсія у дітей: нові підходи до діагностики та лікування

**Стеценко Тетяна Іванівна**

доцент кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації

Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

## Нові визначення епілепсії та класифікація нападів

Згідно з визначенням Міжнародної протиепілептичної ліги (International League Against Epilepsy – ILAE) 2005 р., епілептичний напад – мінущий клінічний прояв патологічної надмірної чи синхронної нейронної активності головного мозку.

Для правильної діагностики епілепсії спочатку необхідно встановити тип епілептичного нападу відповідно до сучасної міжнародної класифікації епілептичних нападів, використовуючи нове визначення терміну «епілепсія».

**Перший етап діагностики** – це збір інформації про сам напад, його іктальну феноменологію, вірогідність його провокації; оптимально за наявності відео самого нападу.

**Другий етап діагностики** – після встановлення факту епілептичного нападу необхідно встановити його тип, згідно із класифікацією. У 1981 р. прийнята класифікація епілептичних нападів, але дискусії щодо її удосконалення продовжуються. У 2016 р. представлена оновлена робоча класифікація епілептичних нападів, яка може використовуватися в практиці, але буде остаточно прийнята пізніше, очікувано у 2017 р.

## Класифікація епілептичних нападів (ILAE, 2016), базова схема:

### 1. Фокальні:

- моторні;
- немоторні;
- білатеральні тоніко-клонічні.

### 2. Генералізовані:

- моторні;
- абсанси.

### 3. З невідомим початком:

- моторні;
- немоторні.

### 4. Некласифіковані.

Для всіх нападів необхідно вказати рівень порушень свідомості: напад без порушення свідомості, з порушенням свідомості, з невідомою свідомістю.

## Класифікація фокальних епілептичних нападів (ILAE, 2016):

### 1. Моторні:

- тонічні;
- атонічні;
- міоклонічні;
- клонічні;
- епілептичні спазми;
- гіпермоторні.

### 2. Немоторні:

- сенсорні;
- когнітивні (галюцинації, дежавю, ілюзії, порушення уваги, афазія, нав'язливі думки);
- емоціональні (ажитація, агресія, плаксивість, сміх);
- вегетативні (бради-, тахікардія, асистолія, відчуття холоду чи жару, почервоніння або блідість шкіри, гастроінтестинальні порушення, лихоманка, гіпер-, гіповентиляція, нудота, блювання, пілоерекція та ін.);
- автоматизми (агресії, мануальні (в руках), орофациальні, сексуальні, вокалізація, складні рухи у вигляді ходи або бігу, роздягання).

Повний текст статті на [accemedin.com/material/1373](http://accemedin.com/material/1373)

**В.М. Дудник, Г.І. Мантак, І.І. Андрікевич,  
Г.Ю. Звенигородська, Г.Г. Однорогова**

## **Диференціальна діагностика синдрому абдомінального болю у дітей**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2019.1(97):75-81; doi 10.15574/SP.2019.97.75

Біль у животі є однією з найчастіших скарг при зверненні до педіатра та однією з провідних причин екстреної госпіталізації дітей. У статті проаналізовано та узагальнено сучасні наукові дані щодо синдрому абдомінального болю у дітей. Пошук проводився у системі PubMed, базі даних систематичних оглядів Кокрана (Cochrane Database of Systematic Reviews), Центральному реєстрі контрольованих досліджень Кокрана (Cochrane Central Register of Controlled Trials) для публікацій з 2004 по 2018 рік.

У дітей раннього віку дифузний біль у животі зустрічається найчастіше, зазвичай виникає гостро, колькоподібно. Якщо він не супроводжується підвищенням температури, не змінюється частота випорожнень і їх характер, відсутні зригування і блювання, спостерігається задовільна прибавка маси тіла, то це притаманне синдрому кишкової кольки дітей перших 3-х місяців життя. Абдоміналгії у дітях верхнього квадранта живота справа виникають при порушенні функції правої легені, плеври, діафрагми, печінки і жовчного міхура, 12-палої кишки, нирки і верхніх відділів сечовивідних шляхів, головки і тіла підшлункової залози, червоподібного відростка при його високому розташуванні. Біль у верхньому квадранті живота зліва виникає при порушеннях з боку серця, нижньої частини лівої легені і плеври, діафрагми, шлунка, тіла і хвоста підшлункової залози, селезінки, лівої нирки і верхнього відділу сечовивідних шляхів, оскільки саме в цю ділянку проєктуються названі органи. Абдоміналгії у нижньому квадранті живота справа виникають при змінах з боку клубової кишки, апендикса, правої нирки і сечовода, придатків матки, сечового міхура. Біль у нижньому квадранті живота зліва виникає при порушенні функції лівої нирки і сечоводу, придатків матки, товстої кишки, сечового міхура. Тому прояви абдомінального синдрому у дітей є індивідуальними. Правильна оцінка отриманих результатів клінічного обстеження дитини дозволяє провести диференціальну діагностику синдрому абдомінального болю в кожній клінічній ситуації.

**Ключові слова:** діти, абдомінальний біль, класифікація, диференціальна діагностика.

### **Differential diagnosis of abdominal pain in children**

*V. Dudnyk, H. Mantak, I. Andrikevych, G. Zvenigorodska, H. Odnorohova*

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Abdominal pain is one of the most common complaints among those who apply to a doctor. It is one of the leading causes of emergency hospitalization of children. *The aim* of the work was to summarize the current scientific data about abdominal pain in children for better differential diagnosis and confirmation of the diagnosis. The review was conducted in the PubMed system, the Cochrane Database of Systematic Reviews, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, for the period from 2004 to 2018.

Diffuse abdominal pain is most common for young children, it is colic-like and has acute onset. Usually it is neonatal colic when there is no fever, normal number of defecations, absence of vomiting, standard gaining of bodyweight. Abdominal pain in right upper quadrant is due to pain in the lower part of the right lung, pleura, diaphragm, liver and gallbladder, duodenum, kidney and upper urinary tract, pancreas, and appendix at its high position. Pain in the upper quadrant of the abdomen on the left can be caused by disease of the heart, pericardium, the lower part of the left lung and pleura, diaphragm, stomach, pancreas, spleen, the left kidney and the upper part of the urinary tract. Pain in the lower quadrant of the abdomen on the right appears in case of disease of the colon, appendix, right kidney and ureter, uterus, bladder. Pain in the lower quadrant of the abdomen on the left can be due to disease of left kidney and ureter, appendages of the uterus, large intestine, bladder. Abdominal pain in children varies. Differential diagnosis of abdominal pain in each case needs very careful examination of the patient, attention to the medical history and to results of tests, high quality and experience of the doctor.

**Key words:** children, abdominal pain, classification, differential diagnosis.

### **Дифференциальная диагностика синдрома абдоминальной боли у детей**

*В.М. Дудник, Г.И. Мантак, И.И. Андрікевич, А.Ю. Звенигородская, Г.Г. Однорогова*

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова, Україна

Боль в животе является одной из наиболее частых жалоб, которые предъявляются при обращении к педиатру, и одной из ведущих причин экстренной госпитализации детей. В статье проанализированы и обобщены современные научные данные относительно синдрома абдоминальной боли у детей. Во время подготовки обзора проводился поиск в системе PubMed, базе данных систематических обзоров Кокрана (Cochrane Database of Systematic Reviews), Центральном реестре контролируемых исследований Кокрана (Cochrane Central Register of Controlled Trials) для публикаций с 2004 по 2018 год.

У детей раннего возраста диффузная боль в животе встречается чаще всего, возникает остро, по типу колики. Если она не сопровождается повышением температуры, не изменяется частота стула и его характер, отсутствуют срыгивания и рвота, наблюдается удовлетворительная прибавка массы тела, то это присуще синдрому кишечной колики детей первых 3-х месяцев жизни. Абдоминалгии в области верхнего квадранта живота справа возникают при нарушении функции правого легкого, плевры, диафрагмы, печени и желчного пузыря, 12-перстной кишки, почки и верхних отделов мочевыводящих путей, головки и тела поджелудочной железы, червеобразного отростка при его высоком расположении. Боль в верхнем квадранте живота слева возникает при нарушениях со стороны сердца, нижней части левого легкого и плевры, диафрагмы, желудка, тела и хвоста поджелудочной железы, селезенки, левой почки и верхнего отдела мочевыводящих путей, так как в эту область проецируются названные органы. Абдоминалгии в нижнем квадранте живота справа возникают при изменениях со стороны подвздошной кишки, апендикса, правой почки и мочеочника, придатков матки, мочевого пузыря. Боль в нижнем квадранте живота слева возникает при нарушении функции левой почки и мочеочника, придатков матки, толстой кишки, мочевого пузыря. Поэтому проявления абдоминального синдрома у детей являются индивидуальными. Правильная оценка полученных результатов клинического обследования ребенка позволяет провести дифференциальную диагностику синдрома абдоминальной боли в каждой клинической ситуации.

**Ключевые слова:** дети, абдоминальная боль, классификация, дифференциальная диагностика.



Видається сертифікат  
НМАПО ім. П.Л. Шупика  
за проходження\*

+1  
За проходження курсу  
нараховується  
1 бал БПР\*



# ПРОЙДІТЬ

ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС

## Хронічна

## хвороба нирок



\*Лише верифікованим лікарям платформи accemedin.com



АВТОР КУРСУ

**Іванов Дмитро Дмитрович**

Заслужений лікар України, доктор медичних наук,  
професор, завідувач кафедри нефрології  
та нирково-замісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика

## Порушення ниркової й периферичної гемодинаміки в розвитку серцево-судинних розладів у дітей із хронічним пієлонефритом

For cite: *Роскі. 2018;7(2):91-99. doi: 10.22141/2307-1257.7.2.2018.127394*

**Резюме. Актуальність.** Своєчасне виявлення змін з боку серцево-судинної системи в дітей із хронічним пієлонефритом важливе для уповільнення розвитку артеріальної гіпертензії, прогресування хронічної хвороби нирок. На сьогодні сучасними неінвазивними методами ранньої діагностики серцево-судинних порушень є добове моніторування артеріального тиску та ультразвукова доплерографія судин нирок. **Мета:** визначити прогностичне значення ультрасонографічної симптоматики порушень ниркової гемодинаміки та показників добового артеріального тиску в дітей із хронічним пієлонефритом. **Матеріали та методи.** Проведено кореляційний аналіз показників добового моніторування артеріального тиску та ультразвукового доплерографічного обстеження в 107 дітей із хронічним пієлонефритом віком 3–17 років. **Результати.** Статистично вірогідні зв'язки були виявлені між такими показниками: пульсаційним індексом, індексом резистентності, систоло-діастолічним співвідношенням на рівні стовбурової й сегментарних ниркових артерій і добовими індексами (артеріального тиску, систолічного й діастолічного тиску), коефіцієнтом варіації нічним, середнім діастолічним тиском та діастолічним тиском вночі. Кореляційні зв'язки між ультрасонографічними показниками ниркової гемодинаміки та добового моніторування артеріального тиску на рівні інтрагломерулярних ниркових артерій були статистично невірогідними. У дітей із хронічним пієлонефритом на фоні аномалій сечовивідних шляхів був найбільш сильний зв'язок між індексами периферичного опору на рівні стовбурової ниркової артерій та показниками добового моніторування артеріального тиску. **Висновки.** Показники ниркової гемодинаміки — пульсаційний індекс, індекс резистентності, систоло-діастолічне співвідношення на рівні стовбурової й сегментарних артерій нирки можуть бути використані для характеристики ниркової гемодинаміки й прогнозування розвитку ренальної АГ у дітей із хронічним пієлонефритом. У 57 % випадків вираженість відхилень цих показників від норми ниркової гемодинаміки визначає тяжкість артеріальної гіпертензії. **Ключові слова:** ниркова гемодинаміка; хронічний пієлонефрит; діти; добове моніторування артеріального тиску; артеріальна гіпертензія

### Вступ

Однією з проблем, що стоять перед педіатричною нефрологією, є ренальна артеріальна гіпертензія (АГ) [1]. У цілому поширеність клінічної АГ у дітей та підлітків становить близько 3,5 %, при цьому майже 20 % педіатричної АГ пов'язують з хронічною хворобою нирок (ХХН) [2]. У кожній другій дитині або підлітку ХХН перебігає з АГ [2]. Необхідно також відзначити, що АГ при хронічному пієлонефриті (ХПН), навіть при ще збереженій функції нирок, спостерігається у 2–4 рази частіше, ніж у загальній популяції, і в 12–20 % випадків має злоскісний перебіг [3]. Взаємодія патологічних процесів з боку серцево-судинної системи й нирок становить кардіоренальний континуум [4]. Виникнення АГ на будь-якому етапі хронічного запального процесу в нирках, зокрема ХПН, погіршує його прогноз, прискорюючи прогресування нефросклерозу, що супроводжується зменшенням кількості функціонуючих нефронів і гіпоксією паренхіми,

та ниркової недостатності [4–9]. Тобто зв'язок нефросклерозу й АГ двосторонній і взаємно обумовлений: при нефросклерозі формується АГ, а АГ, у свою чергу, сприяє розвитку й прогресуванню нефросклерозу [7, 9, 10]. Підвищений артеріальний тиск (АТ) є основним предиктором прогресування ХХН та підвищення рівня смертності серед цього контингенту дітей [11–14]. Зміни з боку серцево-судинної системи супроводжують початок ХХН [12]. Розвиток склеротичних змін у нирках у результаті запального процесу супроводжується закономірним залученням інтраренальних судин [14]. Але також є деякі підтвердження того, що ранні серцево-судинні зміни оборотні [15]. Це підкреслює важливість своєчасного виявлення та можливість корегування змін з боку серцево-судинної системи. На сьогодні одним із сучасних неінвазивних методів ранньої діагностики змін з боку серцево-судинної системи є добове моніторування АТ (ДМАТ).

[Повний текст статті на accemedin.com/material/1375](http://accemedin.com/material/1375)



Лук'яненко Н.С.<sup>1,2</sup>, Іськів М.Ю.<sup>1</sup>, Кенс К.А.<sup>2</sup>, Макух Г.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів, Україна

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

## Дисплазія сполучної тканини як провокуючий фактор важкості пієлонефриту в дітей

For cite: *Pochki*. 2018;7(3):158-166. doi: 10.22141/2307-1257.7.3.2018.140199

**Резюме. Актуальність.** Останніми десятиріччями все більшу увагу привертає патологія різних органів і систем людини, асоційована з дисплазією сполучної тканини (ДСТ), через часте формування на її фоні патології різних систем організму, зокрема з боку нирок. **Мета дослідження** — з'ясування ролі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) у важкості перебігу пієлонефриту (ПН) у дітей та пошук можливих молекулярно-генетичних маркерів, асоційованих із порушенням фібрилогенезу в дітей із різними варіантами перебігу ПН. **Матеріали та методи.** Обстежено 60 дітей із ПН. За результатами катamnестичного спостереження вони були розподілені на 2 групи: I — 30 дітей із хронічним пієлонефритом (ХрПН), у катamnезі яких діагностувались 3 епізоди рецидиву ПН і більше впродовж 2 років. II — 30 дітей із ПН, в яких впродовж 2 років не відмічалось рецидивів ПН. Контрольну групу становили 42 здорові дитини. Дітям проводилося рутинне обстеження, встановлювались клініко-лабораторні маркери порушення фібрилогенезу (фенотипові ознаки ДСТ, вміст оксипроліну (Оп) у плазмі крові та сечі) та молекулярно-генетичне тестування локусів ТТ та СТ поліморфного локусу rs565470 гена COL4A2 та локусів АА та АГ поліморфного локусу rs605143 гена колагену COL4A1. **Результати.** У дітей із ХрПН вірогідно частіше відмічались фенотипові ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини порівняно з даними дітей із гострим ПН (ГПН). Практично у всіх обстежених із ХрПН були вірогідно підвищені показники вільної та зв'язаної фракцій Оп у плазмі крові ( $47,14 \pm 0,03$  мкмоль/л та  $40,08 \pm 0,03$  мкмоль/л відповідно), вірогідно відрізняючись від даних дітей із ГПН ( $17,65 \pm 0,01$  мкмоль/л та  $17,22 \pm 0,02$  мкмоль/л), серед яких ці показники були підвищені тільки у 12,0 та 16,0 % дітей відповідно. У 97,0 % дітей із ХрПН визначався підвищений рівень Оп у сечі, що перевищувало частоту його виділення із сечею в дітей із ГПН (10 %). Установлена вірогідна вища частота «дикого» генотипу АА — rs605143 гена колагену COL4A1 у дітей із ХрПН порівняно з даними осіб загальнопопуляційної контрольної групи (21,4 проти 4,8 %,  $p < 0,05$ ). Розрахунки показали, що носійство цього генотипу в п'ять разів збільшує ризик розвитку ХрПН (OR 5,105, 95% CI 0,12–0,87), а наявність у дитини генотипу ТТ поліморфного локусу rs565470 гена колагену COL4A2 зменшує ризик розвитку рецидивування ПН (OR 0,14, 95% CI 0,02–1,19). **Висновки.** Наявність НДСТ у дитини відіграє важливу роль у процесі хронізації пієлонефриту, тому наявність ознак НДСТ є прогностично неблагополучною. З метою прогнозування генетично детермінованої схильності до хронізації ПН рекомендується проведення молекулярно-генетичного тестування генотипів АА та АГ поліморфного локусу rs605143 гена колагену COL4A1 та генотипів ТТ та ТС поліморфного локусу rs565470 гена колагену COL4A2.

**Ключові слова:** діти; дисплазія сполучної тканини; порушення фібрилогенезу; клініко-лабораторні та молекулярно-генетичні маркери дисплазії; оксипролін; колаген; пієлонефрит

### Вступ

Останніми десятиріччями все більшу увагу лікарів-практиків привертає патологія різних органів і систем організму людини, що асоційована з дисплазією сполучної тканини (ДСТ). Значимість даної проблеми обумовлена значною поширеністю ДСТ, системністю ураження, високою ймовірністю формування патології з боку різних органів та систем [1, 2].

ДСТ — це унікальна онтогенетична аномалія розвитку організму, що належить до числа складних, далеко не вивчених питань сучасної медицини. Безумовно, провідне значення в розвитку клінічних проявів ДСТ мають мутації генів, що кодують

синтез і просторову організацію колагену та відповідають за формування компонентів екстрацелюлярного матриксу [3, 4]. За генетичною основою усі дисплазії сполучної тканини (СТ) поділяються на диференційовані та недиференційовані. Диференційовані ДСТ — це хвороби з мутаціями одного гена білка колагену. Вони зустрічаються рідко та мало залежать від зовнішніх факторів. У популяції частіше спостерігаються недиференційовані ДСТ (НДСТ), які характеризуються мутацією не одного гена, а нуклеотидним поліморфізмом [5].

Повний текст статті на [accemedin.com/material/1378](http://accemedin.com/material/1378)



Видається сертифікат  
НМАПО ім. П.Л. Шупика  
за проходження\*

+1 За проходження курсу  
нараховується  
1 бал БПР\*

**ПРОЙДІТЬ** ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС

# Гостре ураження нирок і контраст-індукована нефропатія



\*Лише верифікованим лікарям платформи accemedin.com



АВТОР КУРСУ

**Іванов Дмитро Дмитрович**

Заслужений лікар України, доктор медичних наук,  
професор, завідувач кафедри нефрології  
та нирково-замісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика

За допомогою застосунку **Accemedin AR** на смартфоні знайдіть об'єкт (фото, зображення, текст, таблицю), що позначений логотипом **Accemedin AR** або літерами **AR**. Зробіть сканування об'єкта – і відкрийте для себе додаткові можливості в отриманні медичної інформації на екрані вашого смартфона.



## Застуда та кашель у дітей:

## коли призначати лікарські засоби

**Резюме.** Рекомендації Управління з контролю лікарських засобів та продуктів харчування США (US Food and Drug Administration – FDA) щодо раціонального призначення лікарських засобів при кашлі та застуді у дітей

### Застосування ліків від застуди та кашлю у дітей та їх побічна дія

Незважаючи на те що більшість дітей не мають серйозних ускладнень з приводу застуди та кашлю, ці стани є однією з основних причин, через яку батьки дають дітям медикаменти та відвідують лікарів. Для лікування кашлю та симптомів застуди доступні як безрецептурні препарати, так і ліки, що відпускаються за рецептом. Здебільшого діти одужують самостійно і не потребують призначення медикаментозних засобів.

Деякі ліки від кашлю та застуди мають серйозні побічні ефекти, наприклад здатність сповільнювати дихання, що може становити небезпеку для життя, особливо у немовлят і дітей молодшого віку. Тому важливо знати, в яких випадках призначення лікарських препаратів дітям є непотрібним, а коли користь від їх застосування буде переважати можливий ризик негативних побічних реакцій.

### Рекомендації FDA з використання лікарських засобів від кашлю та застуди у дітей:

- не рекомендовано застосовувати у дітей віком до 2 років безрецептурні препарати для лікування кашлю та застуди;
- не призначати дітям віком молодше 18 років ліки від кашлю, що містять кодеїн або вікодин;
- необхідно попереджати батьків про те, що деякі ліки від кашлю можуть містити кодеїн, тому перед тим, як дати дитині препарат, потрібно обов'язково прочитати його інструкцію та склад.

### Як можна полегшити симптоми застуди та кашлю

Для лікування застуди та гострих респіраторно-вірусних інфекцій рекомендується використовувати засоби для полегшення симптомів цих захворювань. Батьки обов'язково повинні знати, що вказані стани не потребують призначення антибактеріальних засобів. Як правило, симптоми застуди проходять через 1–2 тиж, і діти при цьому одужують самостійно, без застосування медикаментів. Для дітей старшого віку деякі лікарські безрецептурні засоби можуть зменшити вираженість симптомів застуди, але не змінять природний перебіг і тривалість захворювання.

Кашель – це звичайний симптом застуди, що допомагає організму очистити дихальні шляхи від слизу і захистити легені. Немедикаментозне лікування кашлю включає рясне тепле пиття для зменшення дискомфорту у горлі.

### Коли необхідно звертатися до лікаря

Звичайний нежить чи кашель не потребує відвідування лікаря. Коли у батьків виникають сумніви щодо серйозніших причин захворювання, потрібно обов'язково звернутися до свого сімейного лікаря чи педіатра.

### Стани, що потребують негайного звернення до лікаря:

- лихоманка у немовлят віком молодше 2 міс;
- гарячка вище 38,8 °C;
- ціаноз носогубного трикутника;

Повний текст статті на [accemedin.com/material/1387](https://accemedin.com/material/1387)



Н.С. Шевченко<sup>1, 2</sup>  
Ю.В. Хаджинова<sup>2, 1</sup>

<sup>1</sup>Харківський Національний університет ім. В.Н. Каразіна

<sup>2</sup>ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків

**Ключові слова:** ювенільний ідіопатичний артрит, вітамін D, кальциферол, сезонність, географічна широта проживання.

## ЗНАЧЕННЯ ГЕОГРАФІЧНОЇ ШИРОТИ ПРОЖИВАННЯ ТА СЕЗОНУ РОКУ ПРИ СПОСТЕРЕЖЕННІ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) залишається однією з найактуальніших проблем сучасної ревматології. Продовжуються дослідження факторів ризику розвитку хвороби та її несприятливого перебігу, серед яких широко обговорюється роль вітаміну D. Відомо, що основним джерелом вітаміну D є ендогенний синтез під впливом опромінення сонячним світлом, інтенсивність якого може змінюватися залежно від сезону та географічного положення. Мета дослідження — вивчення статусу вітаміну D у дітей з ЮІА залежно від географічної широти та сезону року. Проаналізовано дані досліджень з різних країн світу, серед яких виявлено 13 публікацій з дослідження рівня вітаміну D у дітей з ЮІА залежно від географічної широти. Вивчення рівня вітаміну D у сироватці крові методом хемілюмінесценції проведено у 91 хворої на ЮІА дитини, яка перебувала на лікуванні в кардіоревматологічному відділенні ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». Результати аналізу джерел літератури свідчать про наявність недостатнього рівня вітаміну D та відсутність достовірної залежності його зниження від географічної широти проживання пацієнтів із ЮІА. Дослідження рівня вітаміну D у дітей із ЮІА підтвердило наявність дефіцитного стану у 85,44% хворих (середній рівень —  $22,75 \pm 1,97$  нг/мл), який вірогідно не залежав від статі та віку пацієнтів. Рівень вітаміну D у хворих змінювався протягом року з  $19,52 \pm 1,61$  нг/мл (травень) до  $29,62 \pm 2,49$  нг/мл (вересень) ( $p < 0,05$ ), але не досягав норми. Висновок: ЮІА у дітей характеризується наявністю дефіцитних станів вітаміну D у більшості хворих незалежно від географічної широти та сезону року. Результати досліджень доводять необхідність перегляду режимів призначення вітаміну D цим хворим.

### ВСТУП

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) — це група хвороб, що охоплює всі форми хронічного артриту, які беруть свій початок у дитячому віці (до 16 років), зберігаються більше 6 тиж і мають невідоме походження [12]. Етіологія ЮІА досі вивчається, тривають дослідження щодо факторів ризику розвитку хвороби та його несприятливого перебігу, причин негативних наслідків. Серед них досить тривалий час широко обговорюється роль вітаміну D.

Відомо, що вітамін D (кальциферол) — це група біологічно активних сполук, які утворюються зі стеринів під впливом ультрафіолетового опромінення у тканинах тварин та рослин [28]. Кальциферол вважається вітаміном, однак він не має самостійної біологічної активності, а внаслідок двоступеневої метаболізації перетворюється на активну (гормональну) форму. У свою чергу, остання взаємодіє з рецепторами гена вітаміну D (VDR), що локалізуються у клітинах

майже усіх тканин, які мають ядро [1]. Доведено, що біологічна роль вітаміну D полягає не лише у регуляції кальцій-фосфорного обміну. Сучасні дослідження свідчать про роль вітаміну D як імунного та запального медіатора, що зумовлює імуномодулюючий вплив на клітини імунної системи (Т-лімфоцити) та на продукцію окремих цитокінів (інтерлейкін-2, інтерлейкін-6, фактор некрозу пухлини- $\alpha$ ) [14]. Кальциферол бере участь у патогенезі аутоімунних захворювань, включаючи розсіяний склероз, діабет I типу, системний червоний вовчак, хворобу Крона та хронічний артрит як у дорослих [2, 7, 10], так і у дітей [3, 6, 9, 24]. Обговорюються необхідність додаткового застосування, змінення режимів і тривалості курсів, доцільність перерв та врахування сезону (особливо у «сонячних» країнах) при призначенні вітаміну D.

Повний текст статті на [accemedin.com/material/1388](http://accemedin.com/material/1388)

## В.К. Козакевич, О.Б. Козакевич, Л.С. Зюзіна Оцінка ризику затримки мовленнєвого розвитку дітей, які народились з дуже і надзвичайно малою масою тіла



Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2019.1(97):34-38; doi 10.15574/SP.2019.97.34

**Мета:** встановити клініко-генетичні детермінанти формування затримки мовленнєвого розвитку (МР) дітей, які народилися з дуже та надзвичайно малою масою тіла, та розробити алгоритм прогнозування вказаного стану.

**Матеріали і методи.** Проведено когортне проспективне дослідження, в яке включено 155 дітей з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла. Вивчено їх МР у 6, 12, 18, 24 та 36 місяців життя та встановлені детермінанти, що його визначають.

**Результати та висновки.** Виявлено, що у 24 місяці скорегованого віку затримку МР мають 30,9% дітей, у 36 місяців — майже 25% дітей, які народилися з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла. Важливими модулями, які сприяють затримці мовленнєвого розвитку, виявилися важкі внутрішньошлункові крововиливи, перенесена анемія на першому році життя, фізичний розвиток, соціально-економічний статус родини. Розроблена модель прогнозування затримки МР у ранньому віці у дітей з дуже і надзвичайно малою масою тіла при народженні.

**Висновки.** Запропонована модель має високу специфічність (84,88%) та помірну чутливість (55,88%), що свідчить про можливість її застосування у практичній медицині.

**Ключові слова:** прогнозування, мовленнєвий розвиток, дуже мала маса тіла, надзвичайно мала маса тіла, передчасно народжені діти.

### Risk assessment of delayed speech development of children born with very low and extremely low body weight

V.K. Kozakevych, O.B. Kozakevych, L.S. Ziuzina

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

**Aim.** To establish the clinical and genetic determinants of the formation of delayed speech development in infants with very low and extremely low birth weight and to develop a prediction algorithm for this condition.

**Materials and methods.** A cohort prospective study was conducted, which included 155 infant with very low and extremely low birth weight. Their speech development in 6, 12, 18, 24 and 36 months of life was studied and determinants determined.

**Results.** It was found that 30.9% of children at the adjusted age of 24 months and almost 25% of children born with low and extremely low body weight at the age of 36 months have delayed speech. Important factors that promote delayed speech turned out to be severe intraventricular hemorrhages, postponed anemia in the first year of life, physical development and socio-economic status of the family. Forecasting model for delayed speech in early age for children born with low and extremely low body weight is devised.

**Conclusion:** proposed model has high specificity (84.88%) and restrained sensitivity (55.88%) that testifies about ability to use it in practical medicine.

**Key words:** forecasting, speech development, very low body weight, extremely low body weight, premature children.

### Оценка риска задержки речевого развития детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела

В.К. Козакевич, Е.Б. Козакевич, Л.С. Зюзіна

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

**Цель:** определить клинико-генетические детерминанты формирования задержки речевого развития (РР) детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, разработать алгоритм прогнозирования указанного состояния.

**Материалы и методы.** Проведено когортное проспективное исследование, в которое включено 155 детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Изучено их РР в 6, 12, 18, 24 и 36 месяцев жизни и установлены определяющие его детерминанты.

**Результаты.** Виявлено, що в 24 місяця скорректированного возраста задержку РР имеют 30,9% детей, в 36 месяцев — почти 25% детей, родившихся с очень и экстремально низкой массой тела. Важными модулями, способствующими задержке РР, оказались тяжелые внутрижелудочковые кровоизлияния, перенесенная анемия на первом году жизни, физическое развитие, социально-экономический статус семьи. Разработана модель прогнозирования задержки РР в раннем возрасте у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

**Выводы.** Предложенная модель имеет высокую специфичность (84,88%) и умеренную чувствительность (55,88%), что свидетельствует о возможности ее применения в практической медицине.

**Ключевые слова:** прогнозирование, речевое развитие, очень низкая масса тела, экстремально низкая масса тела, преждевременно рожденные дети.

#### Вступ

Удосконалення акушерської та неонатальної допомоги, як у світі, так і в Україні, сприяло значному зниженню смертності дітей з дуже малою масою тіла (ДММТ) і надзвичайно малою масою тіла (НММТ) при народженні [1,7,9–12,14,17]. Але зі зростанням рівнів виживання збільшився відсоток дітей із когнітивними розладами [15,16,18,19]. Психічні розлади, у тому числі затримка мовленнєвого розвитку (МР), в свою чергу, призвели до збільшення витрат на реабілітацію та соціальну адаптацію глибоко недоношених дітей [5,10–12,20].

Особливо важливо вчасно виявити групи ризику щодо несприятливого прогнозу розвитку мовлення у вкрай недоношених дітей для раннього втручання з метою профілактики порушень і уникнення формування інвалідизації у майбутньому [4,9]. Тому побудова валідних клінічних прогностичних моделей на основі вивчення впливу значущих соціальних, клініко-генетичних факторів у розвиток затримки МР у даної когорти дітей може стати підґрунтям для створення комплексної профілактичної програми раннього втручання.

Тільки для  
Обраних лікарів

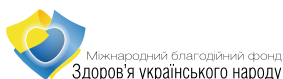


Станьте  
Золотим  
пером  
української  
Охорони  
здоров'я



# Академія медичних авторів

Зареєструйтесь на **accemedin.com** та скористайтесь можливістю створити історію української охорони здоров'я. Висловлюйте свою власну думку, публікуйте Ваші цікаві клінічні випадки та отримуйте гонорари, як медичні автори! Зробіть свій власний внесок у безперервний професійний розвиток через клаудсорсинг медичних знань. Діліться своїм досвідом та навчайтесь у Ваших професійних колег!





## ПРАЦЮЙТЕ

Використовуйте досвід ваших колег з усього світу, а також довідникову та іншу професійну інформацію, протоколи лікування та медичні калькулятори



## РОЗВИВАЙТЕСЯ

Отримуйте нові знання від лідерів думок галузі охорони здоров'я через відеокурси та медичні матеріали з більше ніж 200 міжнародних та національних джерел фахової інформації для лікарів



## ЗАРОБЛЯЙТЕ

Отримуйте легальні гонорари за власні знання: беріть участь у професійних дослідженнях, персональних програмах безперервного професійного розвитку та авторських програмах. Гроші йдуть за пацієнтом до розумного лікаря!



## СПІЛКУЙТЕСЯ

Діліться власними цікавими клінічними випадками, оцінюйте профіль своїх колег, а також їхні публікації, виступи та коментарі

---

Зареєструйтеся безкоштовно на [accemedin.com](https://accemedin.com), проходите опитування, знайомтеся з матеріалами, отримуйте безоплатно персональний ID лікаря, заповнюйте особисте освітнє портфоліо, збільшуйте свої статки завдяки своїм знанням!