

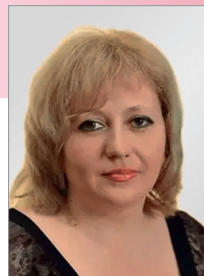


№ 1 (77) 2025 р.
12 750 примірників*
Передплатний індекс 37638



9786727235480

Педіатрія



Доктор медичних наук,
професор
Ірина Нікітіна

**Вплив психоемоційного
стресу на менструальну
функцію підлітків
в умовах
військової агресії**

Читайте на сторінці **4**



Доктор медичних наук,
професор
Марина Маєнко

**Алергічний марш
та коморбідність:
сучасний погляд
на проблему в педіатрії**

Читайте на сторінці **5**



Рекомендації

**Ключові оновлення
у графіку імунізації в США
на 2025 рік: що змінилося
і чому це важливо**

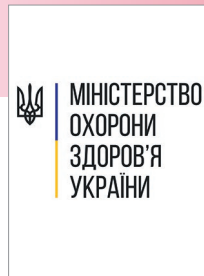
Читайте на сторінці **16**



Конференція

**Репродуктивне здоров'я
при орфанних
захворюваннях:
досвід провідних
українських фахівців**

Читайте на сторінці **12**



Стандарт медичної допомоги

**Вірусний гепатит В
у дітей**

Читайте на сторінці **22**



9 786177 233274

Інформація для лікарів. Розповсюджується на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

* Загальний наклад із 10.05.2022



НІКСАР[®]

Оригінальний біластин — неседативний антигістамінний препарат для усунення симптомів сезонного та цілорічного алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки^{1,+, 2, ++, 3}

Тепер доступний
у таблетках,
що диспергуються
в ротовій порожнині¹

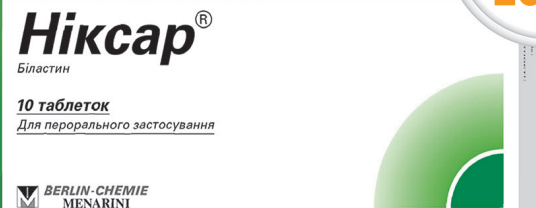


**1
таблетка
НА ДОБУ
10 мг¹**

**1
таблетка
НА ДОБУ
20 мг²**



Від 6 до 11 років¹



з 12 років²

**Біластин «Уособлює еволюцію досліджень
антигістамінних препаратів стосовно їхньої
як ефективності, так і безпеки»⁴**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я, Ніксар[®]. Склад. 1 таблетка містить біластину 20 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. Дорослі та діти (віком від 12 років). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини (біластину) або до будь-якої з допоміжних речовин. **Побічні реакції.** У ході клінічних досліджень у пацієнтів, які страждали від алергічного ринокон'юнктивіту або хронічної ідіопатичної кропив'янки, побічні дії на тлі застосування біластину в дозі 20 мг виникали приблизно з такою ж частотою, що й на тлі застосування плацебо (12,7 % та 12,8 %). Повний перелік можливих побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі та діти (віком від 12 років). 20 мг біластину (1 таблетка) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнтам із серйозними порушеннями функцій нирок біластин одночасно з інгібіторами Р-глікопротеїду застосовувати не слід. Будь ласка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способів та особливостей застосування препарату. **Виробники.** Менаріні-Фон Хейден ГмбХ, А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс еч Сервісес С.р.Л. **Місцезаходження.** Лейпцігер штрассе 7-13, 01097 Дрезден, Німеччина. **Віа Каміло ді Піле, 67100 П'Акваля (АР), Італія.** Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату НІКСАР[®] затверджено Наказом МОЗ від 12.01.2023 № 68 РП. **НІКСАР[®] 10 мг. Склад.** 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластину 10 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) і кропив'янки. Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, зазначених у розділі «Склад». **Побічні реакції.** Відсоток дітей (2–11 років), у яких спостерігалися побічні реакції після лікування алергічного ринокон'юнктивіту або хронічної ідіопатичної кропив'янки біластином у дозі 10 мг протягом 12-тижневого контрольованого клінічного дослідження, був порівняний з відсотком пацієнтів, які отримували плацебо (68,5 % проти 67,5 %). Повний перелік можливих побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. **Спосіб застосування та дози.** Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. 10 мг біластину (1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнтам із помірним або тяжким порушенням функцій нирок слід уникати одночасного застосування біластину та інгібіторів Р-глікопротеїну. Будь ласка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способів та особливостей застосування препарату. **Виробник.** А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс еч Сервісес С.р.Л. **Місцезаходження.** Віа Каміло ді Піле, 67100 П'Акваля (АР), Італія. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату НІКСАР[®] 10 мг від 16.05.2022 № 814 Р.П. **ІА/13866/02/01.**

1. Інструкція для медичного застосування препарату НІКСАР[®] 10 мг затверджено Наказом МОЗ від 16.05.2022 № 814 РП. **ІА/13866/02/01.** 2. Інструкція для медичного застосування препарату НІКСАР[®] затверджено Наказом МОЗ від 12.01.2023 № 68 РП. **ІА/13866/01/01.** 3. <https://bilastina.com/en/bilastine-worldwide/>. Дата виходу: 07.07.2023. 4. Ridolo E, et al. Bilastine: New insight into antihistamine treatment. Clin Mol Allergy. 2015;13:1

¹ для дітей віком від 6 до 11 років та з масою тіла не менше 20 кг застосовувати 10 мг біластину однократно на добу. ² для дітей віком від 12 років та дорослих застосовувати 20 мг біластину однократно на добу.

ІА_НІХ-027-2023_V1_Рпінт. Затверджено 31.10.2023

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел: (044) 494 33 88.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Тематичний номер

ДЛЯ ВІЛЬНОГО ДИХАННЯ
ВАШОГО ПАЦІЄНТА!

Респеро Миртол форте

дистиллят суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпту, солодкого апельсину, мирту та лимона

Європейська настанова EPOS 2020
рекомендує Респеро Миртол Форте^{2,*}
у складі комплексної терапії гострого
поствірусного риносинуситу³

✓ очищує пазухи носа¹

✓ зменшує запалення²

✓ усуває інфекцію¹



Інформація про безрецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Перед застосуванням будь-якого лікарського засобу, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом діючої інструкції для медичного застосування. Скорочена інформація про лікарський засіб Респеро Миртол Форте Р.П. UA/4948/01/02

Склад: діюча речовина: 1 капсула містить 300 мг дистилляту суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпту, солодкого апельсина, мирта та лимона. **Показання.** У складі комплексної терапії гострого і хронічного бронхіту, при запаленні придаткових пазух носа (синуситах). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату; запальні захворювання шлунка, кишечника та жовчовивідних шляхів; тяжкі порушення функції печінки. **Спосіб застосування та дози.** Капсули приймати за 30 хвилин до їди, запивати великою кількістю прохолодної води. Дорослим та дітям віком від 10 років при гострому запаленні: по 1 капсулі 3-4 рази на добу, при хронічному - по 1 капсулі 2 рази на добу. Таке ж дозування рекомендовано при довготривалій терапії. Дітям віком від 6 до 10 років (за умови можливості самостійного ковтання капсул): по 1 капсулі 2 рази на добу. **Побічні реакції.** Рідко: больові явища і дискомфорт у шлунково-кишковому тракті. Дуже рідко: нудота, блювання, діарея. У поодиноких випадках: алергічні реакції.

Виробник – Г. Польш-Боскамп ГмбХ & Ко. КГ., Кілер Штрассе 11, 25551 Хохенлокштед, Німеччина. Представництво «Берлін Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ». Адреса: м. Київ, вул. Березняківська 29, 7-й поверх. Тел: +38 (044) 494 33 88.

1. Інструкції для медичного застосування препарату Респеро Миртол Форте від 25.08.2020

2. Perić A, Soklić Košak T, Aleksić A, Kopacheva-Barsova G, Perić AV. Efficacy and Safety of Myrtol® Standardized in the Treatment of Acute and Chronic Rhinosinusitis: A Review of Literature. Erciyes Med J 2021; 43(1): 3–8.

3. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S., et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 Rhinology. 2020 Suppl. 29: 1-464.

* вказаний в EPOS 2020 Миртол або Миртол стандартизований в Україні зареєстрований як Респеро Миртол та Респеро Миртол Форте
UA-RES-10-2024-V1-Print. Матеріал затверджено 01/11/2024



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Алгоритм лікування гострого риносинуситу та попередження ускладнень з позиції профілактики антибіотикорезистентності

Щороку в Сполучених Штатах Америки гострий риносинусит (ГРС) змушує понад 30 мільйонів пацієнтів звертатися по медичну допомогу. Інфекційні захворювання дихальних шляхів становлять 75% випадків амбулаторного призначення антибактеріальних препаратів медичними працівниками первинної ланки [1]. Серед них гострий вірусний риносинусит є однією із найпоширеніших патологій верхніх дихальних шляхів. Незважаючи на те що ГРС має переважно вірусну етіологію, його лікування досі є причиною значної кількості призначень антибіотикотерапії [2]. Нераціональне використання цих препаратів призводить до росту антибіотикорезистентності, яку Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила як одну із десяти найбільших загроз здоров'ю людини в ХХІ ст. [3]. Через численні заяви щодо розвитку стійкості до антибіотиків важливо мати чіткі алгоритми лікування, доступні для клініцистів, враховуючи поширеність ГРС. Цей огляд спрямований на висвітлення алгоритму діагностики провідних патологічних процесів і симптомів ГРС, а також методів оптимізації їхнього лікування у межах профілактики антибіотикорезистентності.

Клінічний перебіг гострого риносинуситу

ГРС є однією із п'яти причин призначень антибіотиків у дорослих [4]. Згідно з більшістю даних, він ініціюється вірусною інфекцією, зокрема риновірусами, коронавірусами, респіраторно-синцитіальним вірусом, вірусами грипу та парагрипу, а також аденовірусами. Бактеріальна інфекція є наслідком вірусного ураження слизових оболонок і розвивається лише в 0,5-2% випадків ГРС. Він має поступовий перебіг. У першій, судинній фазі запалення ГРС проявляється гіперемією та набряком слизової оболонки носа і навколословних пазух із подальшим виділенням ексудату. Оскільки синусові ходи суміжні з носовими, риносинусит клінічно є більш відповідним терміном. Ця початкова фаза, яка зазвичай триває 5-10 днів, називається гіперемійно-набряково-ексудативною. Пост-вірусний ГРС відповідає другій, так званій клітинній фазі захворювання, яка клінічно проявляється виділенням густого слизу з носа і періодичним кашлем. Бактеріальний ГРС слід запідозрити у разі [5] температури тіла $\geq 38^{\circ}\text{C}$, вираженої загальної слабкості, однобічної локалізації симптомів, гострого болю, підвищення показників швидкості осідання еритроцитів/С-реактивного білка (кількісні методи).

Синуси функціонують для фільтрації забруднювальних речовин, мікроорганізмів, пилу та інших антигенів. Риносинусит виникає, коли синуси і носові ходи не можуть ефективно очищати ці антигени, що призводить до розвитку запального процесу. Найпоширенішою причиною тимчасової обструкції носових ходів і пазух є локальний набряк внаслідок інфекції верхніх дихальних шляхів або назальної алергії. Обидва фактори сприяють розвитку риносинуситу. Розвинені синуси у дорослому віці вистелені миготливим стовпчастим епітелієм, який використовує війки для очищення синусів від твердих диспергованих речовин (пилу), мікроорганізмів, слизу та ін. Набряк слизової оболонки, інфільтрація гранулоцитами і лімфоцитами, плоскоклітинна метаплазія та проліферація фібробластів при гострому риносинуситі порушують цей процес [4].

Риносинусити поділяють на такі групи [4]:

- гострий – симптоми тривають менше чотирьох тижнів;
- підгострий – симптоми тривають від чотирьох до 12 тижнів;
- хронічний – симптоми тривають понад 12 тижнів;
- рецидивний – чотири епізоди тривалістю менше чотирьох тижнів із відсутністю симптомів між епізодами.

Гострий риносинусит – це клінічний діагноз. Серед трьох основних симптомів, найбільш чутливих і специфічних для гострого риносинуситу, є виділення з носа, що супроводжується його закладеністю або відчуттям болю/тиску/розпирання в обличчі. Ізольований головний біль не є симптомом синуситу (за рідкісним винятком клиноподібного синуситу, який може проявлятися як потиличний або верхівковий головний біль і зазвичай є хронічним). Інші симптоми, пов'язані з гострим риносинуситом, можуть проявлятися як кашель, швидка втома, гіпосмія, аносмія, біль у верхній щелепі та відчуття тиску у вусі. Завдяки передній риноскопії можна візуалізувати зміни, які виникають у разі ГРС, та підтвердити діагноз [4]. Рентгенографія пазух дає змогу діагностувати ураження верхньощелепної, лобової або клиноподібної пазух, але не є інформативною для оцінювання передніх решітчастих відділів та остіомеатального комплексу, в яких найчастіше розвивається захворювання [6].

Підходи до лікування ГРС

Європейський позиційний документ щодо риносинуситу та поліпів носа EPOS 2020 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) є одним із основних протоколів, що визначає напрямки терапії інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів [5]. Враховуючи вірусну етіологію ГРС, відсутність ефективного методу профілактики (вакцинація) і ефективної етіологічної терапії, лікування ГРС зосереджено на контролі симптомів, покращенні аерації та дренажу пазух. У першій фазі захворювання лікування зазвичай базується на використанні симптоматичних засобів. Згідно з настановою EPOS 2020, цю групу представляють:

- альфа-міметики (наприклад, ксилотетазолін, інтраназальний оксиметазолін або пероральний псевдоєфедрин);
- нестероїдні протизапальні засоби;
- цинк;
- вітамін С;
- розчин 0,9% NaCl (для промивання носових порожнин).

При поствірусному гострому риносинуситі (збереження симптомів більше десяти днів або наростання тяжкості через п'ять днів) рекомендовано призначати:

- інтраназальні глюкокортикоїди;
- альфа-міметики;
- фітотерапію;
- розчин 0,9% NaCl (для промивання носової порожнини).

Автори настанови наголошують на униканні антибіотикотерапії і на початкових етапах лікування, і при поствірусному риносинуситі [5]. Необхідно пам'ятати, що альфа-міметики при використанні більше трьох днів підвищують розвиток рикошетної назальної конгестії, а пероральні деконгестанти слід обережно застосовувати у пацієнтів із гіпертонічною хворобою. Антигістамінні препарати у разі ГРС можуть призвести до порушення дренажу пазух, тому їхнє застосування обмежене, а позитивний вплив реалізується лише при алергічному синуситі. Місцеві стероїди зменшують набряк слизової оболонки носа, але більш ефективні при хронічному та алергічному синуситі [7]. Варто зазначити, що лише глюкокортикоїди (інтраназальні та системні) і фітотерапія досягли найвищих рівнів рекомендацій – Ia та Ib відповідно. Документ EPOS 2020 включає препарати на рослинній основі для лікування ГРС для зменшення тяжкості симптомів, серед яких саме миртол (пугтол) володіє першим рівнем доказовості [5]. З огляду на ефективність цієї речовини, у 2022 р. було проведено проспективне рандомізоване плацебоконтрольоване подвійне, сліпе клінічне дослідження для оцінювання ефективності та безпеки препарату на основі миртолу (ELOM-080) у лікуванні гострого вірусного риносинуситу. Пацієнти з ГРС отримували пероральне лікування, яке включало плацебо або прийом лікарського препарату на основі миртолу (ELOM-080). Первинними кінцевими точками були зміни в оцінці основних симптомів (MSS) після семи і 14 днів лікування. Вторинними кінцевими точками були зміни MSS, нюхова функція, результати синопнального тесту, вплив лікування на вірусне навантаження і показники безпеки. 463 пацієнти були рандомізовані на дві групи. На четвертий день суб'єктивний тягар захворювання (MSS) значно зменшився у групі прийому препарату на основі миртолу порівняно із плацебо ($p = 0,012$). Надалі показники MSS покращилися на три дні раніше на другому тижні дослідження. Зменшення вірусного навантаження також було більш вираженим у пацієнтів групи прийому засобу на основі миртолу. Варто зазначити, що про серйозні побічні ефекти не повідомлялося, а частота шлунково-кишкових симптомів була зіставною в обох групах [8]. Фітотерапія у цьому дослідженні підтвердила ефективність рослинних засобів у лікуванні ГРС, а високий профіль безпеки відповідає співвідношенню рівнів доказовості для традиційної медикаментозної терапії та препаратів на основі миртолу. В Україні цей препарат у комплексній терапії риносинуситу успішно застосовується під назвою **Респеро Миртол / Респеро Миртол Форте** (виробництво компанії «Берлін-Хемі»). Фітопрепарат поєднує активні речовини на основі ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта і лимона у співвідношенні 66:32:1:1. Миртол стандартизований, який входить до складу цього лікарського препарату, володіє муколітичною, мукокінетичною, антиоксидантною і протизапальною дією. Респеро Миртол має суттєві переваги перед іншими препаратами рослинного походження для лікування запальних захворювань дихальних шляхів.

У Німеччині на базі 34 медичних центрів було проведено проспективне багатоцентрове, паралельно-групове, неінтервенційне дослідження для оцінювання ефективності та безпеки

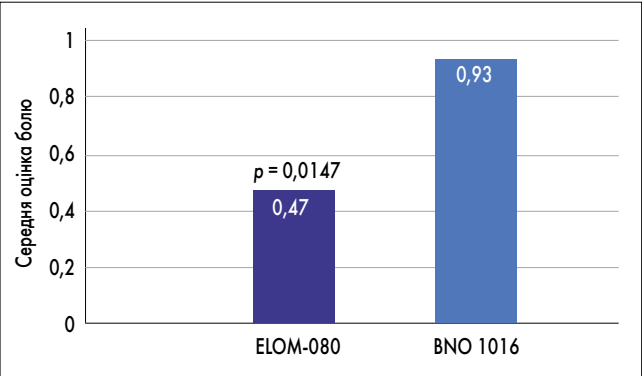


Рисунок. Середня оцінка болю при ГРС через два тижні лікування

фітопрепаратів у пацієнтів із ГРС. Загалом 228 пацієнтів протягом 14 днів отримували лікування такими препаратами ELOM-080 (Респеро Миртол 300 мг) або BNO 1016 (фармакодинамічний профіль засобу BNO 1016 охарактеризовано в експериментальних дослідженнях з іншими композиціями або формами препарату Синупрет®). Основна увага дослідження була зосереджена на зменшенні болю/дискомфорту і закладеності носа, пов'язаних із риносинуситом, в умовах реальної медичної практики. Результати показали, що зменшення болювого синдрому відбувалося на один-два дні раніше у пацієнтів групи прийому лікарського засобу Респеро Миртол 300 мг порівняно з формами препарату Синупрет®. Причому біль в обличчі ставав меншим зі збільшенням терміну лікування: середній бал оцінки симптомів після двох тижнів лікування становив 0,47 для ELOM-080 і був достовірно нижчим ($p = 0,0147$) порівняно із середнім балом (0,93) для BNO 1016 (рис.).

Покращення оцінки симптомів гострого риносинуситу (біль в ділянці обличчя і трійчастого нерва, в пазухах при простуканні, головний біль та закладеність носа) зафіксовано у більшій частині пацієнтів, які отримували препарат ELOM-080, порівняно з пацієнтами групи прийому BNO 1016. Значно краща задоволеність пацієнта стосовно покращення загального стану здоров'я у тих, хто отримував препарат ELOM-080, порівняно з пацієнтами, які отримували препарат BNO 1016. Науковці дійшли висновку, що ELOM-080 значно зменшує прояви ГРС, призводить до більш швидкого і повного одужання порівняно з формами препарату Синупрет® [9].

Миртол продемонстрував кращий вплив на перебіг ГРС порівняно з іншими рослинними засобами і на сьогодні реалізується у двох дозуваннях: 120 мг (Респеро Миртол) та 300 мг (Респеро Миртол Форте). Дітям від трьох до десяти років рекомендовано призначати по 1 капсулі Респеро Миртол 120 мг 4-5 р/добу, дорослим у разі гострого запального процесу – 2 капсули 4-5 р/добу препарату Респеро Миртол 120 мг або по 1 капсулі 3-4 р/добу – Респеро Миртол Форте 300 мг. Потенційна дія Респеро Миртол не обмежується лише лікуванням ГРС, оскільки, окрім стандартизованого миртолу, до складу препарату входять лимонен, цинеол і альфа-пінен. Так, ELOM-080 продемонстрував клінічну ефективність у лікуванні симптомів і запобіганні загострень у пацієнтів із хронічним бронхітом. Порівняно з плацебо ELOM-080 зменшив відсоток загострень захворювання (29% проти 55%, $p = 0,031$) Відсоток безсимптомних або пацієнтів із симптомами помірної інтенсивності (мокротиння/відхаркування і кашель) був незмінно вищим у групі ELOM-080 порівняно із плацебо, зі статистично значущими відмінностями після двох та трьох місяців лікування (два місяці: ELOM-080 – 25%, плацебо – 11%, $p < 0,005$; три місяці: ELOM-080 – 26%, плацебо – 14%, $p < 0,05$). Подібно суб'єктивна оцінка загального стану здоров'я була кращою в групі ELOM-080 зі статистично значущою перевагою після двох і трьох місяців лікування (двомісячне лікування: $p = 0,015$; тримісячне лікування: $p = 0,024$). Результати переносимості ELOM-080 і плацебо були порівнянними. Застосування препаратів на основі миртолу зменшує частоту загострень і покращує ключові симптоми мокротиння та кашлю зі сприятливим профілем довготривалої переносимості [10]. Ці дані варто враховувати, адже віруси, які викликають синусит, також можуть сприяти розвитку бронхіту та інших запальних захворювань нижніх дихальних шляхів [11]. П'ятирічне спостереження підтвердило збільшення шансів розвитку бронхіту у пацієнтів із риносинуситом [12]. Натомість профіль засобу BNO 1016 (відповідає композиціями або формами препарату Синупрет®) демонструє покращення лише при ураженні носової порожнини та приносних пазух [13]. Це підтверджує комплексний механізм дії Респеро Миртол на патологічні процеси при запальних захворюваннях дихальних шляхів і можливості його застосування у пацієнтів групи ризику ускладнень у разі риносинуситу. Враховуючи вірусну етіологію ГРС, варто зазначити, що учасники дослідження, які отримували ELOM-080, мали менше випадків задишки під час госпіталізації ($p = 0,0035$) та потребували менше інгаляцій кисню ($p = 0,0229$) порівняно із плацебо у пацієнтів із COVID-19, які були госпіталізовані із гострою дихальною недостатністю [14].

Висновок

Враховуючи щорічні високі показники поширеності інфекційних захворювань дихальних шляхів, варто розглянути можливість шляхи оптимізації їхнього лікування з метою профілактики антибіотикорезистентності та вибору оптимальних препаратів, які направлені на основні патогенетичні механізми патології. Стандартна терапія передбачає використання засобів для симптоматичного лікування, однак обмежена розвитком побічних ефектів. Оновлені рекомендації включають призначення фітотерапії при ГРС, яка володіє першим рівнем доказовості. Комплексний препарат Респеро Миртол успішно застосовується у лікуванні ГРС та демонструє вищий профіль ефективності порівняно з іншими рослинними засобами.

Список літератури – у редакції.

Підготувала Катерина Пашинська

①



Вплив психоемоційного стресу на менструальну функцію підлітків в умовах військової агресії

Масштабний вплив на організм підлітків хронічного психоемоційного стресу внаслідок бойових дій, вимушеного переміщення та втрати звичного способу життя призводить до значних порушень у функціонуванні репродуктивної системи.



Патофізіологічні механізми стресіндукованих змін охоплюють порушення в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій осі та пов'язані з ними метаболічні розлади. В межах пленуму ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України» та науково-практичної конференції за міжнародної участі «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: сьогодення та перспективи» доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та планування сім'ї Медичного інституту Сумського державного університету Ірина Миколаївна Нікітіна презентувала доповідь, в якій висвітлила актуальні питання порушень менструальної функції у підлітків в умовах війни.

За даними ООН, внаслідок повномасштабної російської агресії постраждало понад 30 тисяч мирних громадян України, з яких більш ніж 10 тисяч загинуло і понад 20 тисяч поранено. Серед них більше ніж 500 загинули і понад тисячу поранених дітей. Станом на середину серпня 2024 р. понад 6,6 мільйона осіб в Україні стали внутрішньо переміщеними особами. До європейських країн виїхало майже 7 мільйонів українців, з яких 80% становлять жінки та діти.

Демографічна ситуація в Україні характеризується від'ємним приростом населення: на 6 народжень припадає 18 смертей на тисячу населення. Цей показник може погіршитися через довготривалий вплив стресових факторів на репродуктивне здоров'я підлітків – майбутніх батьків.

Приблизно 250 тисяч дітей регулярно зазнають обстрілів, що підвищує ризик фізичних травм та проблем із психічним здоров'ям. За оцінками ООН, щонайменше 7,5 мільйона дітей зазнають фізичних і психічних травм під час воєнних конфліктів. Гострий стрес, втрата житла, недоїдання та інфекційні захворювання, що супроводжують дітей під час воєнних конфліктів, підвищують імовірність розвитку хронічних неінфекційних захворювань у дорослому віці, зокрема цукрового діабету, серцево-судинних хвороб, хронічних захворювань нирок та репродуктивних розладів.

Патофізіологічні механізми впливу стресу на репродуктивну систему

Стрес у підлітковому віці особливо небезпечний через порушення режиму сну, відпочинку, харчової поведінки та фізичної активності. У період статевого дозрівання організм дитини більш сприйнятливий до впливу навколишнього середовища через обмежені адаптивні ресурси. Нестійкий баланс гіпоталамо-гіпофізарної системи під впливом несприятливих чинників легко порушується.

Стрес як захисна реакція на зовнішні подразники дає змогу адаптуватися до змін завдяки активній секреції гормонів надниркових залоз. Високий рівень кортизолу впливає на всі рівні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової осі, сприяючи порушенню балансу естрогену, прогестерону та тестостерону. Наслідком є транзиторна гіперандрогенія, порушення менструального циклу, ановуляція, коливання маси тіла і розвиток полікістозу яєчників (рисунок).

У регуляції стресових процесів важливу роль відіграє пролактин, який підвищує рівень андрогенів, альдостерону, кортизолу та стимулює синтез катехоламінів у надниркових залозах. Динамічна взаємодія адренокортикотропного гормону (АКТГ) і пролактину спрямована на формування адаптаційної відповіді організму на стрес завдяки узгодженій секреції кортизолу і дегідроепіандростерону сульфату в надниркових залозах.

При хронічному стресі співвідношення кортизолу і дегідроепіандростерону сульфату зміщується в бік останнього, що призводить до гіперандрогенних станів та репродуктивних розладів. Гіперпролактинемія у дівчат може призводити до порушення статевого дозрівання, розладів менструального циклу (аменорея, олігоменорея), виникнення аномальних маткових кровотеч, а також до психічних розладів і метаболічних порушень.

Клінічні прояви та діагностика

Основними причинами звернення до гінеколога під час війни є порушення менструального циклу (близько 70% звернень). У 32% пацієнток діагностують гіперпролактинемію, також поширені дисменорея, аномальні маткові кровотечі, аменорея та олігоменорея. Нерегулярний менструальний цикл виявляють у понад 40% підлітків, водночас спостерігають збільшення тривалості менструацій та частоти аномальних маткових кровотеч.

Клінічний випадок № 1

Дівчина, 17 років, звернулася зі скаргами на порушення менструального циклу у вигляді затримок менструації на 10-14 днів та висипання на обличчі. З анамнезу відомо, що менархе настало в 10 років, спочатку менструації були регулярними, з помірною крововтратою в перші дні. Обтяжений сімейний анамнез: у матері діагностовано синдром полікістозних яєчників, цукровий діабет та ожиріння.

Під час об'єктивного обстеження виявлено клінічні ознаки гіперандрогенії, що підтверджено оцінкою за модифікованою шкалою Феррімана – Галлвея (>8 балів). Ультразвукове дослідження органів малого таза продемонструвало збільшення об'єму обох яєчників та їхню мультифолікулярну структуру.

Комплексне гормональне обстеження виявило порушення співвідношення гонадотропнів (ЛГ/ФСГ), лабораторні ознаки гіперандрогенії, знижений рівень прогестерону, дефіцит вітаміну D та зміни рівня антимюллерового гормону. Біохімічні показники характеризувалися гіперінсулінемією та підвищенням індексу НОМА, що свідчить про наявність інсулінорезистентності.

На підставі клініко-лабораторних даних встановлено діагноз: пубертатна олігоменорея; синдром полікістозних яєчників, що формується; гірсутний синдром; метаболічний синдром; інсулінорезистентність; гіперпролактинемія; дефіцит вітаміну D.

Призначено комплексне лікування, що охоплювало немедикаментозні методи (модифікація способу життя та харчової поведінки, дозовані фізичні навантаження, зокрема гімнастика та плавання) та медикаментозну терапію. Остання полягала в застосуванні флутаміду в дозі 125 мг на добу, каберголіну по 125 мкг двічі на тиждень, метформіну, препаратів міо-інозиту, фолієвої кислоти та вітаміну D з регулярним моніторингом індексу НОМА та рівня глюкози крові.

Клінічний випадок № 2

Дівчинка звернулася зі скаргами на болісні менструації протягом останніх трьох місяців. Йшлося не лише про болісність, а й надмірну крововтрату під час менструацій.

На момент звернення пацієнтка для полегшення симптомів самостійно застосовувала під час менструацій нестероїдні протизапальні препарати та транексамову кислоту. При зборі сімейного анамнезу встановлено наявність ендометріозу в матері, що є важливим фактором ризику розвитку подібного стану в доньки.

Під час проведення ультразвукового дослідження органів малого таза явних патологічних змін не виявлено. Однак лабораторне обстеження продемонструвало зниження рівня феритину, що свідчить про розвиток прихованого залізодефіциту.

На підставі клініко-анамнестичних даних і результатів обстеження встановлено діагноз: дисменорея, прихований залізодефіцит.

Враховуючи тяжкість симптомів, наявність обтяженого сімейного анамнезу щодо ендометріозу та розвиток залізодефіциту, було призначено комплексне лікування:

- комбінований оральний контрацептив за схемою 21+7;
- препарати заліза для корекції залізодефіциту;
- рекомендовано контрольний огляд через 3 місяці для оцінювання ефективності призначеної терапії.

У разі аномальних маткових кровотеч у пубертатному періоді лікування проводять послідовно, починаючи з негормонального гемостазу. Якщо він виявляється неефективним, переходять до гормонального гемостазу, після чого обов'язково проводять протиречивну терапію для запобігання повторним епізодами кровотеч.

Особливої уваги потребують пацієнтки, які отримують психотропні препарати, оскільки нейролептики, антидепресанти та антипсихотики можуть спричинювати гіперпролактинемію.

У таких випадках терапевтичну стратегію розробляють спільно із психіатром. Насамперед розглядають можливість припинення прийому препарату, що спричинює підвищення рівня пролактину. Якщо це неможливо, проводять заміну на новіші препарати з меншим впливом на рівень пролактину. У разі коли зміна психотропної терапії неможлива, призначають агоністи дофаміну під ретельним наглядом обох спеціалістів.

За наявності метаболічних порушень терапію починають із модифікації способу життя та харчової поведінки. Паралельно впроваджують програму регулярних фізичних навантажень, адаптованих до можливостей пацієнтки. За наявності інсулінорезистентності призначають відповідні медикаментозні препарати. Важливим компонентом лікування є корекція дефіциту вітаміну D та інших мікронутрієнтів, які відіграють важливу роль у нормалізації метаболічних процесів та гормонального балансу.

Отже, в умовах воєнних дій спостерігають значне зростання дисгормональних та метаболічних порушень у підлітків, що призводить до розладів менструального циклу у більш ніж 70% випадків. Свочасне виявлення та адекватна корекція психоемоційних та обмінних розладів у підлітків сприяє профілактиці порушень менструального циклу та репродуктивної функції. Особливу увагу слід приділяти комплексному підходу до лікування та міждисциплінарній взаємодії спеціалістів для досягнення оптимальних результатів терапії.

Підготувала **Олена Речмедіна**

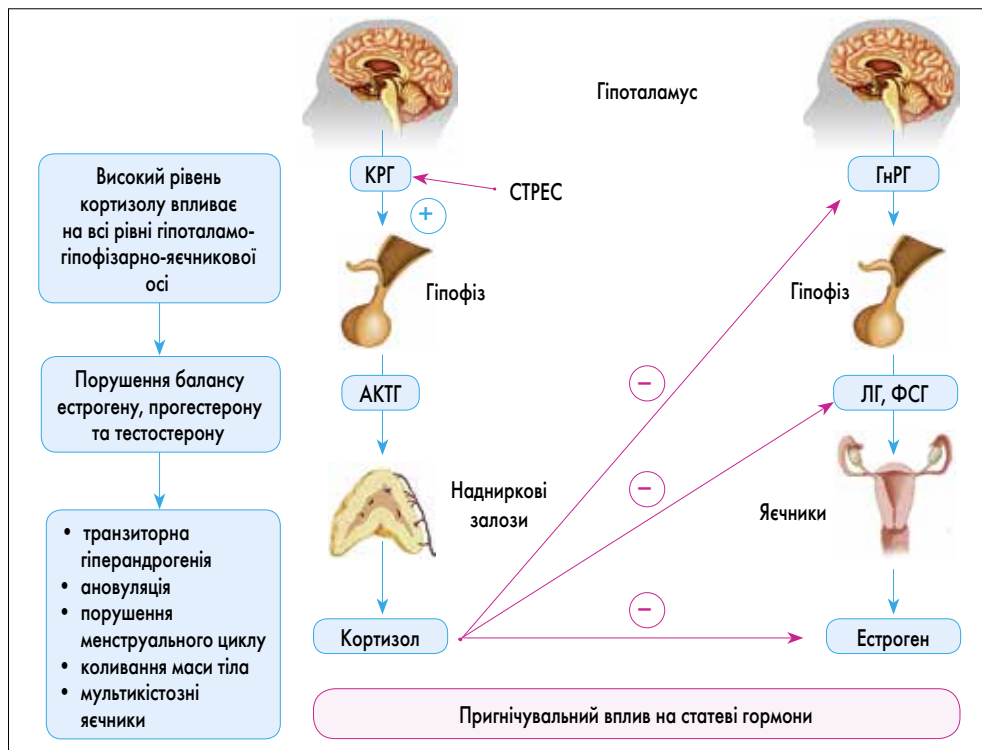


Рисунок. Патофізіологічні механізми впливу стресу на репродуктивну систему

Примітки: КРГ – кортикотропін-рилізінг-гормон; АКТГ – адренокортикотропний гормон; ГнРГ – гонадотропін-рилізінг-гормон; ЛГ – лютеїнізуючий гормон; ФСГ – фолікулостимулювальний гормон.

Алергічний марш та коморбідність: сучасний погляд на проблему в педіатрії

Складність взаємозв'язків між різними алергічними станами, їхній взаємообтяжливий вплив та необхідність комплексного підходу до діагностики й лікування визначають важливість глибокого розуміння концепції коморбідності в сучасній педіатричній практиці. Під час освітнього майстеркласу «Педіатрія від А до Я. Експертні зустрічі» Марина Євгенівна Маменко, доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (м. Київ), голова правління Української академії педіатричних спеціальностей, представила доповідь, в якій висвітлила ключові аспекти коморбідності при алергічних захворюваннях та сучасні підходи до їхнього лікування, розглянула особливості діагностики і терапії алергічних станів з урахуванням їхнього взаємного впливу, що має важливе значення для оптимізації лікувальної тактики в педіатричній практиці.

Концепція коморбідності в алергології набула широкого визнання на початку XXI ст., що свідчить про важливий етап у розвитку розуміння складних взаємозв'язків між різними патологічними станами. Історично в медичній практиці використовувався підхід, що базувався на виділенні основного захворювання, супутніх патологій та ускладнень. Однак такий лінійний підхід виявився недостатнім для повноцінного відображення складності патологічних процесів, особливо в контексті алергічних захворювань.

Традиційна класифікація захворювань на основні та супутні хоча і залишається актуальною при встановленні клінічного діагнозу, часто не відповідає реальній клінічній картині. У багатьох випадках виникають труднощі з визначенням того, яке захворювання слід вважати основним, а яке супутнім, оскільки їхній взаємний вплив може бути надзвичайно складним та багатограним. Ба більше, один і той самий пацієнт, потрапляючи до різних спеціалістів, може отримувати різні визначення основного захворювання,

залежно від профілю лікаря та свого поточного стану.

Сучасне розуміння коморбідності включає наявність у однієї особи додаткових захворювань щодо основного (Valderas J.M., 2009).

Концепція алергічного маршу в контексті коморбідності

Особливе значення концепція коморбідності набуває в контексті алергічних захворювань, де яскраво проявляється феномен алергічного (атопічного) маршу. Цей феномен описує характерну послідовність розвитку алергічних захворювань, що зазвичай починається з атопічного дерматиту в ранньому дитячому віці. З часом у пацієнта можуть розвиватися інші алергічні захворювання, такі як алергічний риніт (АР) та бронхіальна астма (БА). Важливо зазначити, що ці стани можуть не просто змінювати один одного, а співіснувати, створюючи складну картину коморбідної патології.

Анатомічні особливості верхніх дихальних шляхів і ЛОР-органів відіграють ключову роль у формуванні коморбідної патології при алергічних захворюваннях. Слизові оболонки різних відділів респіраторного тракту мають тісні анатомічні та фізіологічні зв'язки, що обумовлює можливість одночасного залучення різних структур у патологічний процес.

АР характеризується не лише локальними назальними симптомами, але й широким спектром неназальних симптомів. Пацієнти часто скаржаться на загальну втому, головний біль, сонливість та погіршення когнітивних функцій.

Згідно з рекомендаціями ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma; Алергічний риніт і його вплив на астму), тяжкість АР визначається не лише вираженістю місцевих симптомів, але й наявністю коморбідної патології (таблиця).

Особливої уваги заслуговує взаємозв'язок АР та кон'юнктивіту. Статистичні дані свідчать, що лише незначна частина пацієнтів (біля 6%) має ізольовані очні симптоми, тоді як у переважній більшості спостерігається поєднання назальної та очної симптоматики (Bousquet J., 2008). Епідеміологічні дослідження демонструють високу поширеність алергічного кон'юнктивіту серед пацієнтів із БА: 44% дітей і 20% дорослих мають поєднання цих патологій (Dupuis P., 2020).

Стратегія ступінчастої терапії при коморбідних алергічних станах

В лікуванні АР та алергічного ринокон'юнктивіту основу фармакотерапії становлять антигістамінні препарати (АГП) другого покоління, які пройшли значну еволюцію за останні десятиліття. При обох нозологіях сучасні АГП демонструють високу селективність дії щодо H1-рецепторів та мінімальний вплив на центральну нервову систему, що дає змогу ефективно контролювати і назальні, і очні симптоми захворювання. Особливого значення цей терапевтичний підхід набуває при алергічному ринокон'юнктивіті, де необхідний одночасний вплив на симптоми з боку носа та очей. (рис. 1).

Біластин як представник нового покоління АГП має оптимальний профіль ефективності та безпеки при лікуванні коморбідної алергічної патології. Препарат характеризується високою селективністю дії, мінімальним впливом на центральну нервову систему, швидким початком дії та тривалим терапевтичним ефектом. Важливо зазначити, що біластин є єдиним АГП, який має офіційно



М.Є. Маменко

затверджені показання для лікування алергічного ринокон'юнктивіту як єдиного комплексу симптомів.

Ефективність біластину при алергічних захворюваннях була підтверджена низкою клінічних досліджень протягом останнього десятиліття. У 2010 р. Horak F. et al. провели рандомізоване подвійне, сліпе, перехресне, одноцентрове дослідження, де порівнювався потенціал одноразової дози біластину 20 мг, цетиризину 10 мг, фексофенадину 120 мг та плацебо. Дослідження включало 75 пацієнтів із безсимптомним сезонним АР при полінозі після провокації алергеном. Результати продемонстрували, що біластин суттєво послаблює назальні та очні симптоми вже через 1 годину після прийому, показуючи більш виражений терапевтичний ефект порівняно з фексофенадином та плацебо протягом усього періоду спостереження.

У 2011 р. Bartra J. et al. зосередили увагу на впливі біластину на очні симптоми алергічного ринокон'юнктивіту. Дослідження показало значне зменшення основних симптомів на 7-й та 14-й день лікування: свербіж очей, слюзотечі та почервоніння кон'юнктиви (p<0.001 порівняно з плацебо для всіх показників). Ефективність біластину 20 мг була зіставною із цетиризином 10 мг (Bartra J., 2011).

Довготривале дослідження Okubo K. et al. (2017) включало 65 пацієнтів із сезонним та 55 пацієнтів із цілорічним АР, які отримували біластин 20 мг/день протягом 12-ти та 52-х тижнів відповідно під час розповсюдження пилок сосни японської в Токіо. Результати продемонстрували стабільне покращення назальних та очних симптомів: при сезонному АР показники покращилися з -3,22 на 2-му тижні до -9,19 на 8-му тижні; при цілорічному АР спостерігалася стійке зниження симптомів від -2,19 до -3,85 протягом 52-х тижнів спостереження (рис. 2) (Okubo K., 2017).

У 2019 р. Kawauchi H. узагальнив результати попередніх досліджень, підтвердивши, що біластин як представник нового покоління АГП має оптимальний профіль ефективності та безпеки при лікуванні коморбідної алергічної патології. Препарат характеризується високою селективністю дії, мінімальним впливом на центральну нервову систему, швидким початком дії та тривалим терапевтичним ефектом (Kawauchi H., 2019).

Згідно з останніми рекомендаціями провідних міжнародних спільнот, біластин визнано оптимальним АГП другого покоління для лікування АР, алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки, яка часто є коморбідним станом у пацієнтів з алергічною патологією (Recto M.T., 2017; Bousquet J., 2012). В Україні оригінальна молекула біластину представлена препаратом Ніксар® виробництва компанії «Берлін-Хемі».

Отже, проблема коморбідності при алергічних захворюваннях залишається актуальним питанням сучасної алергології та педіатрії, потребуючи комплексного підходу до діагностики і лікування. Серед сучасних терапевтичних можливостей особливу увагу привертає біластин, який демонструє оптимальний профіль ефективності та безпеки при лікуванні коморбідної алергічної патології.

Підготувала Олена Речмедіна

1



Таблиця. Класифікація АР (Seidman M. et al., 2015)	
Критерій	Характеристика
За тривалістю	
Інтермітуючий	≤4 дні/тижд. або ≤4 тижд. безперервно
Персистуючий	≥4 дні/тижд. або ≥4 тижд. безперервно
За тяжкістю	
Легкий	Не має негативного впливу на сон, щоденну та фізичну активність, дозволя, роботу й навчання. Симптоми наявні, але без таких, що спричиняють неспокій
Помірний – тяжкий	Порушує сон, впливає на щоденну та фізичну активність, дозволя, роботу й навчання. Наявні симптоми, що спричиняють неспокій. Наявність коморбідних захворювань

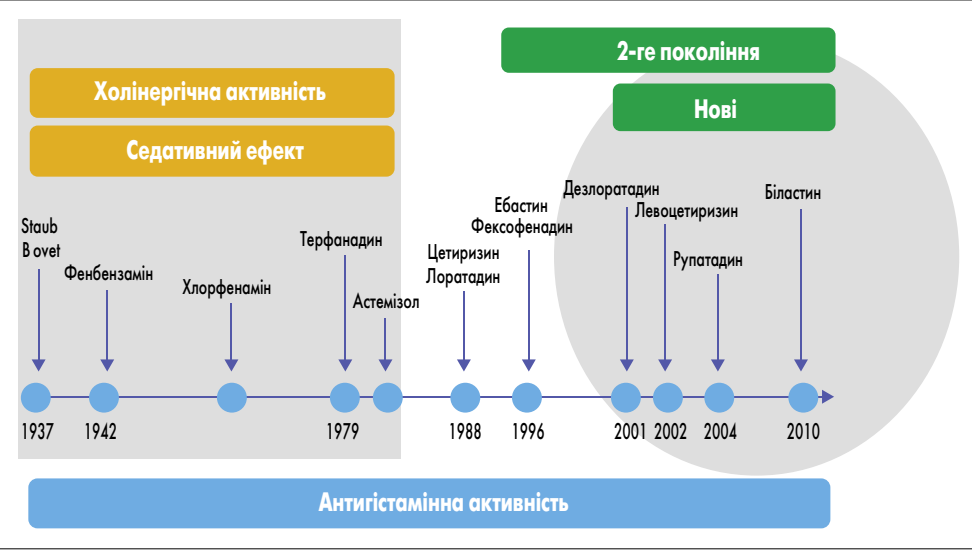


Рис. 1. Еволюція розвитку АГП (Kuna P. et al., 2016)

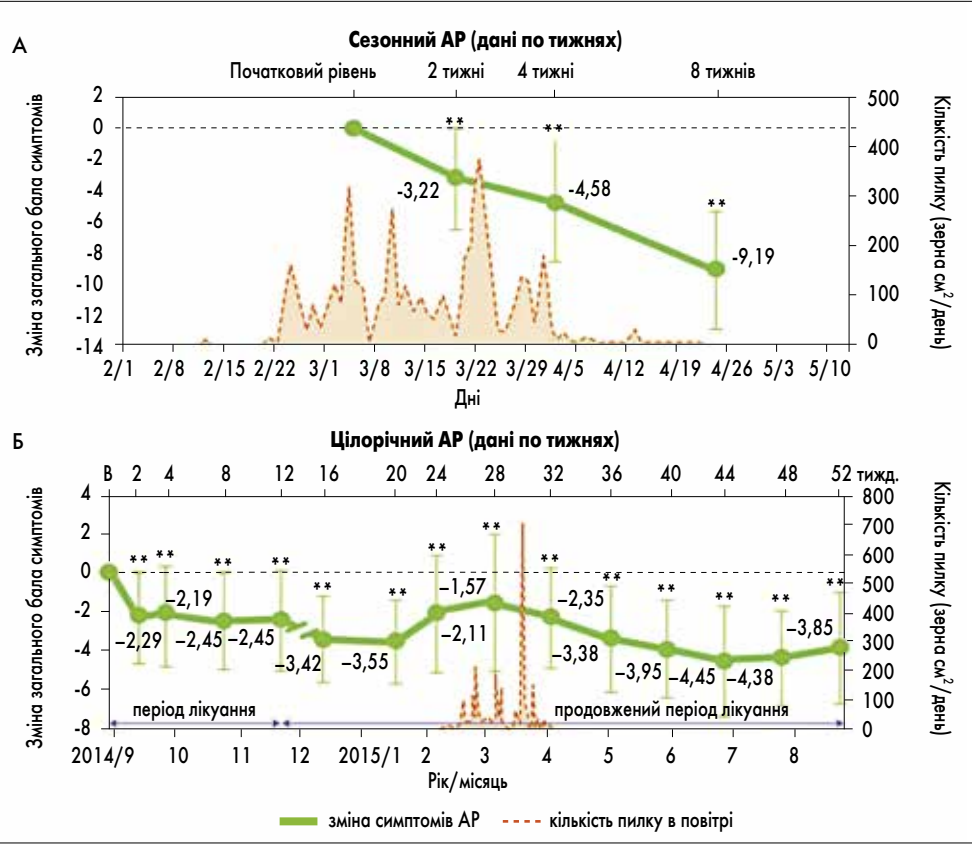


Рис. 2. Зміна загального бала симптомів (назальних і очних) при сезонному (А) та цілорічному (Б) АР у пацієнтів, які отримували біластин 20 мг/день (Okubo K., 2017)



IMET®

Імет® для дітей. Діюча речовина: Ібупрофен

МАЄ МУЛЬТИМОДАЛЬНУ ДІЮ¹:



- жарознижувальну¹
- знеболювальну¹
- протизапальну¹



*КОРОТКОТЕРМІНОВЕ СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПРОПАСНИЦІ ТА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЛЕГКОГО І ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ¹

Інформація про безрецептурний лікарський засіб для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Перед застосуванням будь-якого лікарського засобу, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом чинної інструкції для медичного застосування.

Скорочена інформація про лікарський засіб Імет® ДЛЯ ДІТЕЙ 2 % та Імет® ДЛЯ ДІТЕЙ 4 %. Р.П. № UA/14969/01/01, Р.П. № 16881/01/01.

Склад: 5 мл суспензії містять 100 мг ібупрофену; 5 мл суспензії оральної містять 200 мг ібупрофену. **Показання.** Короткотермінове симптоматичне лікування пропасниці та больового синдрому легкого і помірного ступеня. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до ібупрофену, наявні або в анамнезі пептичні виразки або кровотечі, тяжкі порушення функції печінки, нирок, серця та інше. **Спосіб застосування.** Зазвичай застосовують від 7 до 10 мг/кг маси тіла як разову дозу та максимально 30 мг/кг маси тіла як загальну добу. Суспензію оральну можна приймати незалежно від прийому їжі. **Побічні реакції.** Побічні реакції переважно залежать від дози та індивідуального сприйняття. Часто: порушення з боку шлунково-кишкового тракту (печія, біль у животі, нудота, блювання, метеоризм, діарея, запор та незначні шлунково-кишкові кровотечі). Нечасто: виразки шлунка або тонкої кишки, іноді з кровотечею та перфорацією; виразковий стоматит; загострення коліту та хвороби Крона, гастрит; шкірні висипання; порушення зору; головний біль, запаморочення, безсоння, збудження, дратівливість, втомлюваність.

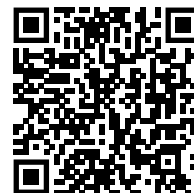
Виробник – Берлін Хемі АГ, Лабораторіос Алкала Фарма, С.Л.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Імет® ДЛЯ ДІТЕЙ 2 % та Імет® ДЛЯ ДІТЕЙ 4 % Р.П. № UA/14969/01/01, Р.П. № 16881/01/01

Представництво «Берлін Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ». Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29, 7-й поверх. Тел.: +38 (044) 494-33-88.

UA_IME-07-2024_V1_press. Останнє оновлення 31.10.2024.

Більше інформації на сайті
компанії berlin-chemie.ua



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

З М І С Т

ПЕДІАТРІЯ

Алгоритм лікування

гострого риносинуситу

та попередження ускладнень

з позиції профілактики

антибіотикорезистентності 3

Алергічний марш та коморбідність:

сучасний погляд на проблему в педіатрії

М.Є. Маменко. 5

Доказова фармакотерапія

лихоманки та болю у дітей:

фокус на ібупрофен

Т.Ю. Кравченко 9

Ефективність місцевої

антисептичної терапії при лікуванні

інфікованих дерматитів у дітей 15

Ключові оновлення

у графіку імунізації в США на 2025 рік:

що змінилося і чому це важливо 16

Про зміни в Календарі

профілактичних щеплень

України з 2026 року

І.В. Кузін, Ф.І. Лапій 17

Вірусний гепатит В у дітей

Стандарт медичної допомоги 22-24

РІДКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

День орфанних захворювань:

медична допомога пацієнтам в Україні 11

Репродуктивне здоров'я

при орфанних захворюваннях:

досвід провідних українських фахівців

М.І. Ніколенко, Л.В. Попович, Н.В. Самоненко та ін. 12-13

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Вплив психоемоційного стресу

на менструальну функцію підлітків

в умовах військової агресії

І.М. Нікітіна 4

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Поради щодо споживання риби

Для жінок репродуктивного віку,

вагітних або тих, що годують грудьми,

та дітей віком від одного року до 11-ти 19-20

4 березня – Всесвітній день

боротьби з ожирінням 25

АКТУАЛЬНО

30 секунд на порятунок життя:
сучасний метод зупинки кровотечі



Критична крововтрата є однією з головних причин смерті під час бойових дій чи в цивільному житті. На фронті 80-90% поранених помирають дорогою до лікарні, а в результаті аварій щороку гине понад 2 000 людей лише в Україні. На порятунок життя при масивній кровотечі у медиків є всього від 30 секунд до кількох хвилин.

Найбільший український виробник турнікетів «СІЧ Україна» спеціально для сайту «Спеціалізований медичний портал» розповів, що існує лише один надійний спосіб для зупинки зовнішньої критичної кровотечі – накладання турнікета. Принцип його дії досить простий: навколо кінцівки затягують зашморг, стискаючи судини.

Як обрати надійний турнікет

Під час вибору варто звернути увагу на сертифікацію і відповідність сучасним стандартам. Важливо перевірити якість матеріалів:

- стропа (внутрішня стрічка) має бути міцною та еластичною, щоб витримувати значне навантаження, але водночас ненароком не травмувати;
- фіксатор має надійно утримувати вороток у скрученому стані, щоб натягнута стропа, яка стискає травмовані судини кінцівки, не розпустилася;
- механізм затягування має бути зручним навіть в екстремальних умовах і за будь-якої погоди. А також для самостійного накладання однією рукою.

Крім цього, варто уникати дешевих підробок, які можуть виявитися ненадійними у критичний момент і призвести до втрати кінцівки або смерті.

За плечима Олександра Савенка, парамедика Донецької поліції, участь у понад 300 завданнях та 94 врятовані життя. Його історія підтверджує, чому потрібно використовувати лише якісні турнікети: «Під час обстрілу Покровська одна з ракет влучила в адмінбудівлю соціального захисту. Під завалами ми знайшли жінку, у якої нога була привалена важкою плитою. Це спричинило масивну кровотечу, та наш парамедик Сашко швидко наклав турнікет SICH. Я почав відновлювати дихальні шляхи, бо дихання жінки було ускладнене. Після цього її було евакуйовано. Наступного дня я відвідав її в лікарні – вона була у повній свідомості, а її донька дякувала зі сльозами на очах. Нам вдалось зберегти життя».

Як підготувати постраждалого перед накладанням турнікета

1. Оцініть його стан – дихання, пульс і рівень свідомості. Заспокойте пораненого та пояснюйте дії, які будете виконувати.
2. Перевірте місце поранення – першою ознакою критичної кровотечі є пляма крові понад 20 см в діаметрі, що швидко збільшується.
3. Переконайтеся, що під турнікетом немає сторонніх предметів (годинника, прикрас тощо).

Типові помилки під час накладання турнікета

- **Неправильне місце накладання.** Турнікет потрібно накладати вище від місця кровотечі, не на суглоб.
- **Відсутність розуміння ознак загрозованої кровотечі.** Такою є артеріальна або глибока венозна кровотеча, яка не зупиняється прямим тиском і потребує негайного накладання турнікета.
- **Наявність сторонніх предметів під турнікетом.** Одяг, прикраси тощо можуть завадити ефективному стисканню.
- **Недостатній тиск.** Турнікет має забезпечувати повне перекриття кровотоку.
- **Відсутність фіксації часу накладання.** Зазначити час накладання дуже важливо для подальшого надання допомоги.

Як часто оновлювати знання з використання турнікета?

Навіть досвідчені медики можуть помилятися в критичній ситуації. Тому важливі регулярні навчання. Олександр Гадомський, директор компанії «СІЧ Україна», рекомендує оновлювати знання не рідше ніж один раз на рік: «Навчальні програми базуються на міжнародних рекомендаціях та наказах МОЗ України. Вони забезпечують чіткий алгоритм дій та ефективність допомоги. Якщо пройти навчальний курс немає можливості, варто дотримуватися рекомендацій виробника, які містяться в інформаційній брошурі разом із турнікетом».

Інформаційна довідка

«СІЧ Україна» – найбільший український виробник кровоспинних джгутів SICH-Tourniquet. З 2014 р. компанія виробляє цей інструмент номер один у сучасних цивільних і військових аптечках. Офіційний постачальник Міністерства оборони України, Національної гвардії та поліції.

Consilium. «Проблеми соматичного здоров'я у воєнний час»

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Педіатрія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України
- О.Я. Бабак**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцківський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, професор кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, ректор Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- С.І. Герасименко**, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.І. Горпинченко**, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології
- Д.І. Заболотний**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віцепрезидент НАМН України, директор Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України
- Д.Д. Іванов**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- В.М. Коваленко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віцепрезидент НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- В.В. Корпачов**, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Б.М. Маньковський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- Ю.В. Марушко**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.М. Мостовой**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин
- О.М. Пархоменко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- Н.В. Пасечнікова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віцепрезидент НАМН України, директор Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Ю.І. Фещенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України
- Н.В. Харченко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цимбалюк**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України
- В.П. Черних**, д. фарм. н., д. хім. н., професор, член-кореспондент НАН України

Засновник – Ігор Іванченко

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Педіатрія»

Видавець – ТОВ «Рекламна агенція
«Медичні видання»

Ідентифікатор медіа R30-03348
Передплатний індекс 37638

ШЕФ-РЕДАКТОР Анна Хиць

Поштова адреса:

Офіс 23 в, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
Тел.: +380 (95) 117-34-36

Редакціяa.khyts@health-ua.com
Відділ маркетингуchaplyzhenko@health-ua.com
Відділ передплати
та розповсюдженняpodpiska@health-ua.com

Газету віддруковано: ТОВ «ПРИНТ-ІНК»
Офіс 1, вул. Зодчих, 50А, м. Київ, 03162.
Підписано до друку: березень 2025 р.
Замовлення № 0092.
Загальний наклад 12 750 прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи поглядів авторів. За достовірність фактів, цитат, імен та інших відомостей відповідають автори. Редакція залишає за собою право редагувати та скорочувати надані матеріали.

Матеріали з позначкою «реклама» містять інформацію рекламного характеру про медичні вироби та методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, медичні лабораторії, послуги медичних клінік, медичну апаратуру, біологічно активні добавки, харчові продукти для спеціального дієтичного споживання, функціональні харчові продукти та дієтичні добавки тощо, а також про лікарські засоби, які випускаються без рецепта лікаря та не внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів.

Публікації з позначкою ① містять інформацію про лікарські засоби, застосування та відпуск яких дозволяється лише за рецептом лікаря, а також про ті, які внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів. Публікації з позначкою ② призначені для медичних установ, лікарів і фармацевтів, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Правовий режим інформації, викладеної в цьому виданні або наданій для розповсюдження на спеціалізованих заходах із медичної тематики, визначається Законом України № 123/96-ВР «Про лікарські засоби», а також Законом України № 270/96-ВР «Про рекламу».

Відповідальність за зміст рекламних та інформаційних матеріалів, а також за їхню відповідність вимогам чинного законодавства несуть особи, які подали їх для розміщення у виданні. Повне або часткове відтворення та тиражування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається тільки з письмового дозволу видавця та з посиланням на джерело. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.

Здоров'я України[®]
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Оформити передплату на наші видання Ви можете

- через редакцію, написавши листа на адресу podpiska@health-ua.com
- через онлайн-сервіс передплати на сайті «Укрпошти» <https://health-ua.com/peredplata>
- у будь-якому поштовому відділенні зв'язку України за каталогом «Укрпошти» в розділі «Охорона здоров'я. Медицина»
- через регіональні передплатні агентства

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку. При оплаті в призначенні платежу вказати обране видання та термін передплати
- надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників
- надіслати адресу доставки в зручний для Вас спосіб:
 - поштою: «Видавничий дім «Здоров'я України», вул. Світлицького, 35, офіс 23з, м. Київ, 04123
 - електронною поштою: podpiska@health-ua.com

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»

Нове в медицині та медичній практиці

Передплатний індекс – **35272**

Періодичність виходу – 2 рази на місяць / 24 рази на рік

Вартість редакційної передплати:

- на 1 місяць – 432 грн
- на 3 місяці – 1256 грн
- на 6 місяців – 2492 грн
- на 12 місяців – 4964 грн

НАШІ РЕКВІЗИТИ:

ТОВ «Рекламне агентство «Здоров'я України»

04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35, офіс 23з, E-mail: podpiska@health-ua.com

ЄДРПОУ 39530644, UA633510050000026004629765000

АТ «УкрСиббанк», МФО 351005

Тематичні номери

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Акушерство.
Гінекологія. Репродуктологія»
Передплатний індекс – **89326**
Періодичність виходу – 5 разів на рік
Вартість передплати на рік – 1380 грн,
на півріччя – 788 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Онкологія.
Гематологія. Хіміотерапія»
Передплатний індекс – **37634**
Періодичність виходу – 7 разів на рік
Вартість передплати на рік – 1932 грн,
на півріччя – 788 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Педіатрія»
Передплатний індекс – **37638**
Періодичність виходу – 5 разів на рік
Вартість передплати на рік – 1380 грн,
на півріччя – 788 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Діабетологія.
Тиреоїдологія. Метаболічні розлади»
Передплатний індекс – **37632**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 1044 грн,
на півріччя – 532 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Кардіологія.
Ревматологія. Кардіохірургія»
Передплатний індекс – **37639**
Періодичність виходу – 6 разів на рік
Вартість передплати на рік – 1656 грн,
на півріччя – 788 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Неврологія.
Психіатрія. Психотерапія»
Передплатний індекс – **37633**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 1044 грн,
на півріччя – 532 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Пульмонологія.
Алергологія. Риноларингологія»
Передплатний індекс – **37631**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 1044 грн,
на півріччя – 532 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Хірургія. Ортопедія.
Травматологія. Інтенсивна терапія»
Передплатний індекс – **49561**
Періодичність виходу – 5 разів на рік
Вартість передплати на рік – 1380 грн,
на півріччя – 788 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Урологія.
Нефрологія. Андрологія»
Передплатний індекс – **86683**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 1044 грн,
на півріччя – 532 грн

«Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Гастроентерологія.
Гепатологія. Колопроктологія»
Передплатний індекс – **37635**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 1044 грн,
на півріччя – 532 грн



НАША АДРЕСА:
«Видавничий дім
«Здоров'я України»,
04123, м. Київ,
вул. Світлицького, 35, офіс 23з,
E-mail: podpiska@health-ua.com,
www.health-ua.com

www.health-ua.com

Апрілі номері
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

Доказова фармакотерапія лихоманки та болю у дітей: фокус на ібупрофен

Проблема раціонального вибору протизапальних препаратів для лікування лихоманки і болю у дітей залишається надзвичайно актуальною в сучасній педіатричній практиці.

За статистичними даними, щороку близько 90% людей у всьому світі страждають від болю, який часто супроводжується лихоманкою. Це суттєво впливає на якість життя пацієнтів, їхнє фізичне самопочуття та емоційний стан. До поширених у педіатричних пацієнтів різного віку станів, що характеризуються наявністю болю та можуть супроводжуватися лихоманкою, належать респіраторні інфекції, головний біль, хвороби вуха, горла, прорізування зубів тощо. В межах науково-практичної конференції «Сучасні гайдлайни в педіатричній практиці» Тетяна Юріївна Кравченко, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії Одеського національного медичного університету, лікар-педіатр вищої категорії, член ГО «Українська асоціація лікарів амбулаторної медицини», «Одеська асоціація лікарів-педіатрів та неонатологів», презентувала доповідь щодо раціонального ведення педіатричних пацієнтів з лихоманкою та больовим синдромом.

Лихоманка є захисно-приспосовувальною реакцією організму. Вона виникає у відповідь на дію патогенних агентів і характеризується перебудовою процесів терморегуляції, що призводить до підвищення температури тіла і стимуляції природної реактивності організму.

Патогенез лихоманки базується на проникненні мікробів та їхніх токсинів (екзогенних пірогенів) в організм людини, внаслідок чого відбувається вивільнення пірогенних цитокінів. Ці цитокіни активують каскад розпаду арахідонової кислоти, а кінцевий продукт цього каскаду — простагландин E2 — індукує вплив циклічного аденозинмонофосфату на терморегуляторні ядра гіпоталамуса, що призводить до підвищення установчої температурної точки. Гіпоталамус сприймає поточну температуру тіла як знижену і запускає механізми її підвищення (Марушко Ю.В., Гишак Т.В., 2018).

За градацією лихоманки може бути субфебрильною (до 38 °C), помірно фебрильною (38,1–39 °C), високофебрильною (39,1–41 °C), гіперпіретичною (понад 41 °C). Для рутинного використання в клінічній практиці рекомендовано проводити аксиллярну термометрію. Але не ректальну і оральну термометрію з міркувань недостатньої безпечності та проблем з прийнятністю цих методів. Також ненадійним є вимірювання температури в тимпанічній ділянці.

Фізіологічна роль лихоманки і принципи оцінювання стану дитини

Лихоманка відіграє важливу фізіологічну роль в організмі: пригнічує ріст бактерій і реплікацію вірусів, посилює імунний захист, ослаблює бактеріальну проліферацію, підтримує мембранний гомеостаз під час захворювання, перешкоджає синтезу ліпополісахаридів грамнегативними бактеріями, що зменшує ризик бактеріальних ускладнень (Корнева В.В., Козачук В.Г., 2020).

Потенційні переваги лихоманки полягають у уповільненні росту та розмноження деяких бактерій і вірусів, а також посиленні імунологічної функції при помірно підвищених температурах. Однак від лихоманки є і потенційна шкода, що проявляється у дискомфорті пацієнтів, збільшенні швидкості метаболізму, споживання кисню, вироблення вуглекислого газу та проблемах з боку серцево-судинної та легеневої системи. Проте для здорових дітей, які хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) з високою температурою один-два рази на рік, ці стреси не мають серйозних наслідків.

Важливо пояснювати батькам, що мета зниження температури — не лише досягнення нормальних показників, а передусім покращення самопочуття дитини та якості її життя.

Згідно з рекомендаціями Національного інституту здоров'я і клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE) 2021 р., під час оцінювання стану дитини з лихоманкою необхідно звертати увагу на такі симптоми:

- колір шкіри, губ, язика;
- активність дитини;
- дихання;
- кровообіг;
- гідратація;
- інші клінічні показники.

Ця система оцінювання може бути представлена як «система світлофора». Зелені симптоми (дитина може лікуватися вдома) включають нормальний колір шкіри, губ, язика; звичайні комунікативні реакції; дитина має задовольнений вигляд, усміхається; дихання в нормі; нормальні шкірні покриви; вологі слизові оболонки; відсутність жовтих або червоних симптомів. Жовті/червоні симптоми (потребують госпіталізації) включають виражену блідість, мармуровість шкіри; відсутність типових комунікативних реакцій;

сонливість; слабкий, високий або безперервний крик; задишка та хрипи; знижений тургор шкіри; вік дитини менше трьох місяців при температурі тіла більше 38 °C; вибухання великого тім'ячка; ригідність потиличних м'язів.

Згідно з рекомендаціями NICE, батькам необхідно дотримуватися таких настанов:

- регулярно давати дитині рідину;
- немовлятам продовжувати грудне вигодовування;
- у разі виявлення ознак зневоднення звернутися по медичну допомогу;
- обов'язково перевіряти стан дитини протягом ночі;
- не відправляти її до дитсадка або школи, поки утримується лихоманка;
- повідомити медсестрі дитячого закладу про захворювання.

Важливо зауважити, що застосування жарознижувальних засобів не запобігає розвитку фебрильних судом, тому їх не варто призначати виключно з цією метою. Щодо фізичних методів охолодження, зараз не рекомендоване обтирання вологою губкою. Дітей з лихоманкою не слід одягати надто легко або, навпаки, закутувати.

Сучасні підходи до фармакотерапії лихоманки у дітей

Сучасна фармакотерапія лихоманки базується на застосуванні жарознижувальних засобів, механізм дії яких ґрунтується на впливі на окремі ланки каскаду арахідонової кислоти. Загальновідомо, що під впливом циклооксигенази-2 арахідонова кислота перетворюється на простагландин E2, який спричиняє біль, лихоманку, еритему і набряк.

Існують докази, що симптоми гострої респіраторної інфекції вірусної етіології є результатом дії прозапальних медіаторів (кініни, простагландини), а не прямої цитопатичної дії вірусу. Тому застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) є патогенетично обґрунтованим.

Препарат для лікування лихоманки та болю у дітей має відповідати таким вимогам:

- ефективність;
- плавне зниження температури;
- безпечність;
- прийнятний смак;
- належні допоміжні речовини;
- пролонгована дія;
- зручність, простота та безпечність у застосуванні.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) офіційно визнає для застосування у дітей лише парацетамол та ібупрофен як нестероїдні протизапальні засоби, що повністю відповідають критеріям безпеки і ефективності.

Згідно з рекомендаціями NICE 2021 р., при лихоманці у дітей рекомендовано призначення ібупрофену або парацетамолу доти, поки дитина має кволий вигляд. Можна розглянути можливість заміни одного лікарського засобу іншим, якщо стан дитини не покращується. Не рекомендовано застосовувати обидва препарати одночасно. Можливість чергування цих засобів розглядається лише тоді, якщо стан дитини не покращується або знову погіршується до моменту прийому наступної дози антипіретика.

Порівняльна характеристика ібупрофену та його клінічна ефективність

Механізм дії ібупрофену пов'язаний з пригніченням синтезу простагландинів з арахідонової кислоти завдяки блокуванню ферменту циклооксигенази, що знижує синтез прозапальних простагландинів і безпосередньо впливає на патогенез лихоманки. Окрім того, блокування циклооксигенази ібупрофеном зменшує біль завдяки пригніченню утворення простагландинів в зоні запалення, знижує їхню гіпералгезивну дію на больові рецептори (Борисова Т.П., 2023).



Т.Ю. Кравченко

Згідно з результатами метааналізу R. Jhaveri et al. (2011) при порівнянні ібупрофену та парацетамолу, ібупрофен продемонстрував кращий ефект через 2, 4 і 6 годин після прийому препарату. В інтервалі 4–6 годин серед пацієнтів, що фіксували зниження температури тіла, тих, хто приймав ібупрофен, було на 15% більше (Jhaveri R., 2011).

Ібупрофен забезпечує більш істотне та триваліше зниження температури порівняно з парацетамолом. Максимальний жарознижувальний ефект у дітей, які отримували ібупрофен, зберігався навіть через шість годин після прийому препарату (Perrot D.A., 2004). Дослідження також підтвердили, що ібупрофен є ефективним препаратом з гарною переносимістю у маленьких дітей із лихоманкою. Численні клінічні дослідження підтверджують, що ібупрофен є ефективнішим щодо скорочення тривалості лихоманки, зменшення вираженості м'язово-скелетного, головного та зубного болю порівняно з парацетамолом (Charde V., 2023).

За даними сучасних досліджень, застосування ібупрофену у дітей при болю та лихоманці різного генезу розглядається як золотий стандарт в лікуванні лихоманки і больового синдрому.

ВООЗ рекомендує, якщо біль у дітей постійний, використовувати знеболювальні засоби регулярно, а не за потреби. Це важливо, оскільки досвід сильного болю в дитинстві може призвести до появи «пам'яті про біль», наслідком чого може бути незвичайне сенсорне відчуття болю навіть після одужання. Незабезпечення адекватного знеболення в одному випадку може призводити в наступному до збільшення потреби в знеболювальних засобах, зростання стресу та болю.

Поєднання протибольової із застосуванням протизапальної дії ібупрофену дає змогу використовувати його після тонзилектомії, аденомотомії, при запальних процесах, які супроводжуються больовими відчуттями, при зубному болю, після екстракції зубів, при головних болях, мігренях, хронічних та функціональних болях в шлунково-кишковому тракті (Абатуров О.Є., 2010). Клінічні дослідження підтверджують високу ефективність ібупрофену в купіруванні болю низького і середнього ступеня тяжкості, що асоційований з ангіною, отитом, зубним, вушним, головним болем. Перевагою використання ібупрофену є менша кількість прийомів та триваліша дія порівняно із застосуванням парацетамолу.

На фармацевтичному ринку України ібупрофен представлений препаратом Імет® від компанії «Берлін-Хемі» (Німеччина) у формі оральної суспензії для дітей (2% — 100 мг/5 мл та 4% — 200 мг/5 мл по 100 мл) та таблеток, вкритих плівковою оболонкою (по 400 мг № 10 та № 20). Фармакокінетика ібупрофену характеризується гарним всмоктуванням, досягненням максимальної концентрації в плазмі через одну-дві години та виведенням переважно нирками протягом 24 годин.

Ібупрофен у формі суспензії є препаратом, який забезпечує швидкий контроль лихоманки і болю у дітей. Він має потрібну дію — жарознижувальну, знеболювальну та протизапальну. Препарат починає діяти вже через 15 хвилин після прийому, а дія триває протягом 8 годин. Ібупрофен має гарну переносимість і не містить цукру, барвників та спирту.

Отже, раціональний менеджмент лихоманки та болю у дітей потребує глибокого розуміння патофізіологічних механізмів цих станів та зваженого підходу до їхньої фармакотерапії. Препарат Імет® у формі суспензії виявляє всі необхідні якості для застосування у педіатричній практиці: має потрібну дію (жарознижувальну, знеболювальну та протизапальну), швидкий початок дії (через 15 хвилин після прийому), тривалий ефект (до 8 годин), гарну переносимість, зручне дозування і приємні органолептичні властивості.

Підготувала **Олена Речмедіна**



Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал



День орфанних захворювань: медична допомога пацієнтам в Україні

В останній день лютого у світі відзначається День орфанних захворювань. Орфанні хвороби – це вроджені або набуті рідкісні захворювання, які мають тяжкий та хронічний перебіг, а також супроводжуються формуванням дегенеративних змін в організмі. Без регулярного лікування хвороби швидко прогресують і негативно впливають на якість життя.



Спектр орфанних захворювань

Перелік рідкісних захворювань включає понад 300 нозологій, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їхньої інвалідизації. До цієї категорії належать цукровий і нецукровий діабет, гемофілія, хвороба Віллебранда, муковісцидоз та інші патологічні стани.



Неонатальний скринінг

Новонароджені в Україні мають можливість своєчасного виявлення орфанних хвороб. Програма медичних гарантій покриває пакет неонатальної допомоги для немовлят включно із проведенням неонатального скринінгу на 21 рідкісне захворювання – комплексного обстеження для виявлення спадкової та вродженої патології.



Забезпечення лікарськими засобами

Пацієнти з рідкісними захворюваннями можуть розраховувати на забезпечення ліками, які закупаються централізовано Міністерством охорони здоров'я через ДП «Медичні закупівлі». У 2025 р. перелік централізованих закупівель включає 25 напрямів лікарських засобів і медичних виробів для профілактики, діагностики та лікування захворювань.



Державна підтримка орфанних пацієнтів в умовах війни

Незважаючи на воєнний стан, держава продовжує забезпечувати підтримку орфанних пацієнтів. Хоча у Програмі медичних гарантій не виділено окремого пакета «Орфанні захворювання», для хворих цієї категорії передбачено комплекс медичної допомоги.



Механізм отримання безоплатних послуг

Для отримання безоплатних медичних послуг необхідне електронне направлення від лікаря первинної медичної допомоги або лікаря-куратора. Пацієнти із встановленим діагнозом мають можливість надалі звертатися до свого лікаря-куратора без направлення від сімейного лікаря.

У межах Програми медичних гарантій пацієнти з орфанними захворюваннями можуть обирати будь-який медичний заклад, що має договір із Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на амбулаторну, стаціонарну чи іншу допомогу для отримання необхідної діагностики та лікування – незалежно від місця реєстрації чи проживання.



Пошук медичних закладів

Де знайти найближчий медичний заклад із договором НСЗУ:

- на дашборді «Електронна карта місць надання послуг за Програмою медичних гарантій», де можна шукати заклад і за пакетом медичних послуг, і за потрібною послугою;
- через контакт-центр за номером 16-77, де оператор надасть інформацію про адресу і контакти найближчого медичного закладу.



Спектр медичних послуг

Програма медичних гарантій охоплює такі послуги:

- первинна допомога;
- екстрена допомога;
- спеціалізована допомога;
- високоспеціалізована допомога;
- паліативна допомога;
- реабілітація у сфері охорони здоров'я;
- реімбурсація ліків і медичних виробів за програмою «Доступні ліки», зокрема інсулінів.



Отже, рідкісні захворювання сьогодні не є вироком. Своєчасне виявлення та лікування хвороби може врятувати життя, тому важливо не зволікати зі зверненням по допомогу і дбати про своє здоров'я.

Редакція

Репродуктивне здоров'я при орфанних захворюваннях: досвід провідних українських фахівців

Проблема репродуктивного консультування та ведення вагітності у пацієнтів з орфаними генетичними захворюваннями набуває дедалі більшої актуальності в сучасній медичній практиці. Це зумовлено суттєвим прогресом у розвитку методів молекулярної діагностики, що відкриває нові можливості для точної верифікації рідкісних захворювань. Провідні фахівці України в межах III науково-практичної конференції за міжнародної участі «Українська орфанна академія. Лікування та супровід» представили комплексний аналіз сучасних підходів до репродуктивного консультування і медичного супроводу вагітності в жінок із різними типами орфанних захворювань. Особливу увагу було приділено питанням ведення вагітності при фенілкетонурії, лізосомних хворобах накопичення та порушеннях обміну жирних кислот. Експерти обговорили актуальні проблеми прекоцепційної підготовки, особливості пренатальної діагностики та профілактики можливих ускладнень у цієї категорії пацієнтів, а також поділилися власним досвідом успішного ведення вагітності при різних типах орфанних патологій.



Директор МБЦ «ГЕНОМ», консультант-генетик вищої категорії, доктор медичних наук Маргарита Іванівна Ніколенко представила системний аналіз сучасних підходів до репродуктивного консультування і ведення вагітності у пацієнток з рідкісними генетичними патологіями.

Питання репродуктивного здоров'я та планування вагітності у пацієнтів з орфаними захворюваннями набуває дедалі більшої актуальності в сучасній медичній практиці. Розвиток методів молекулярної діагностики і вдосконалення підходів до медичного супроводу відкривають нові можливості для цієї категорії пацієнтів та їхніх родин.

На сьогодні відомо про понад 8 тис. генетичних захворювань людини, значну частину з яких становлять орфанні патології. Завдяки стрімкому розвитку лабораторної генетики і вдосконаленню діагностичних методів стало можливим точно верифікувати діагнози рідкісних захворювань, що створює підґрунтя для індивідуалізованого підходу до планування репродуктивної функції.

У клінічній практиці виділяють дві основні когорти, які потребують спеціалізованого генетичного консультування: безпосередньо пацієнти з орфаними захворюваннями та сім'ї, де є або були діти з такими патологіями. При консультуванні осіб з орфаними захворюваннями першочергово необхідно оцінити можливість настання вагітності та визначити ризик передачі захворювання потомству. У пацієнтів з аномаліями статевих хромосом (синдром Клінфельтера, синдром Тернера) часто спостерігається первинне непліддя, а у чоловіків із муковісцидозом неплідність може бути зумовлена аномічними дефектами репродуктивної системи.

На особливу увагу заслуговують питання спадковості різних типів генетичних патологій. При аутосомно-рецесивних захворюваннях (фенілкетонурія [ФКУ], муковісцидоз, мукополісахаридози) ризик передачі патології потомству в самого пацієнта практично відсутній, за умови що сексуальний партнер не є носієм відповідної мутації. Якщо ж партнер має таке носійство, ризик становить 50%. При аутосомно-домінантній патології ризик може варіювати від нуля (за мутації *de novo*) до 50%.

Принципове значення має оцінка можливих ускладнень вагітності у пацієнток з орфаними захворюваннями. Жінки з метаболічними порушеннями мають підвищений ризик розвитку прееклампсії, затримки росту плода та передчасних пологів. При синдромі Елерса — Данлоса через системне ураження сполучної тканини частіше спостерігаються істміко-цервікальна недостатність і передчасний розрив плодових оболонок. У пацієнток із синдромом Марфана необхідний ретельний моніторинг серцево-судинної системи через підвищене навантаження під час вагітності.

Сучасні можливості пренатальної діагностики включають розширений скринінг I триместру з обов'язковим

розрахунком ризику прееклампсії та затримки росту плода, високоточну діагностику за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) та генетичне тестування. Для родин з обтяженим анамнезом доступні інвазивні методи діагностики (біопсія хоріону, амніоцентез) із подальшим проведенням специфічних генетичних досліджень.

Показовим є клінічний випадок діагностики синдрому Рубінштейна — Тейбі у плода на основі характерних ультразвукових маркерів (розширений комірцевий простір, набряк, вроджена вада серця, специфічні особливості будови кінцівок) із подальшим молекулярно-генетичним підтвердженням діагнозу. Також заслуговує на увагу випадок пренатальної діагностики синдрому Рассела — Сільвера в родині без обтяженого анамнезу, що демонструє важливість комплексного підходу до пренатальної діагностики навіть за відсутності очевидних факторів ризику.

Успішне планування та ведення вагітності у пацієнтів з орфаними захворюваннями базується на мультидисциплінарному підході та включає точну верифікацію діагнозу, оптимізацію метаболічного статусу перед вагітністю, комплексну пренатальну діагностику та індивідуалізоване генетичне консультування. У певних випадках може бути рекомендовано застосування допоміжних репродуктивних технологій із преімплантаційною генетичною діагностикою.

Сучасні досягнення в галузі медичної генетики та пренатальної діагностики дають змогу забезпечити індивідуальний підхід до планування вагітності у пацієнтів з орфаними захворюваннями та їхніх родин. Ключовими факторами успіху є доступність генетичної діагностики на всіх етапах, мультидисциплінарний підхід та ефективна профілактика можливих ускладнень. Перспективним напрямком є впровадження генетичного скринінгу носійства моногенних захворювань у родині із репродуктивними планами.



Лікар-генетик КНП «Обласний перинатальний центр» Житомирської області, медичний директор з амбулаторно-поліклінічної роботи Лариса Василівна Попович представила комплексний аналіз особливостей ведення вагітності у пацієнток із ФКУ.

ФКУ залишається актуальною проблемою сучасної медичної генетики, незважаючи на добре вивчені механізми захворювання. Це рідкісне спадкове метаболічне захворювання, причиною якого є порушення обміну незамінної амінокислоти фенілаланіну, викликане мутацією в гені, що відповідає за синтез ферменту фенілаланінгідроксилази. В останні роки спостерігається збільшення кількості пацієнтів із легкими формами ФКУ, які потребують менш інтенсивного моніторингу рівня фенілаланіну та можуть дотримуватися звичайного харчування.

Зокрема, у Житомирській області зареєстровано 118 випадків ФКУ, щорічно діагностується три-чотири

нових випадки. За даними 2023 р., було виявлено чотири випадки ФКУ на 6,8 тис. пологів, що відповідає частоті захворюваності приблизно 1:1700. Важливо зазначити, що протягом останніх 10 років щорічно діагностується один випадок пропущеної ФКУ у пацієнтів 14-19 років. За спостереженнями доповідача, протягом 24 років роботи лікарем-генетиком не було жодного року без виявлення нових випадків ФКУ.

ФКУ у вагітної характеризується впливом підвищеного рівня фенілаланіну в крові на розвиток ембріона. Найбільш критичним періодом є перші 8-12 тижнів вагітності, коли відбувається закладення органів і систем плода. Підвищений рівень фенілаланіну в матері вважається критичним при досягненні 360 мкмоль/л, хоча в різних країнах цей показник варіюється (наприклад, у США — 120-360 мкмоль/л, у Німеччині — до 240 мкмоль/л). Рівень фенілаланіну у плода, як правило, в 1,5-2 рази вищий, ніж у матері, що вказує на важливість суворого контролю цього показника під час вагітності.

Високі рівні фенілаланіну в крові матері можуть призводити до серйозних наслідків для плода включно з розвитком мікроцефалії, вродженими вадами серцево-судинної системи, затримкою внутрішньоутробного розвитку. Особливо небезпечним є вплив підвищеного рівня фенілаланіну на розвиток центральної нервової системи плода, що може призводити до зниження інтелекту в дитини. Тератогенний вплив високих концентрацій фенілаланіну особливо виражений у I триместрі вагітності.

Основним методом профілактики ускладнень є прекоцепційна підготовка, яку слід розпочинати за 6 місяців до планованої вагітності. Протягом цього періоду необхідно досягти стабільних показників фенілаланіну та відновити навички ведення харчового щоденника. Відомо, що близько 75% жінок не дотримуються дієти, і це значно ускладнює досягнення сприятливих результатів вагітності.

Принципи дієтотерапії під час вагітності передбачають виключення продуктів із середнім і високим вмістом фенілаланіну, регулярне вживання лікувальних сумішей та збалансоване споживання продуктів із низьким вмістом фенілаланіну. Особливу увагу слід приділяти забезпеченню адекватного надходження білка, причому його потреба змінюється протягом вагітності. У III триместрі показник білка має становити 1,4-1,5 г/кг маси тіла вагітної.

Калорійність раціону також є важливою, вона має становити близько 2800 ккал/добу у III триместрі. Водночас слід враховувати вік пацієнтки: для жінок віком >19 років рекомендовано 35 ккал/кг маси тіла, для молодших — 45 ккал/кг. Особливу увагу слід приділяти збалансованості жирового компонента раціону, дефіцит якого часто спостерігається в пацієнток із ФКУ.

Моніторинг стану під час вагітності включає контроль рівня фенілаланіну двічі на тиждень, щомісячне вимірювання антропометричних показників та оцінку параметрів загального аналізу крові в кожному триместрі. У I триместрі обов'язковим є обстеження функції щитоподібної залози та визначення рівня фолатів, цинку, міді й селену, оскільки у жінок із ФКУ часто спостерігається дефіцит цих мікроелементів.

Пренатальний скринінг має проводитися в повному обсязі й включати УЗД із визначенням комірцевої зони та наявності кісток носа, біохімічний скринінг з обов'язковим визначенням фактора росту плаценти. Особливу увагу необхідно приділяти УЗД серцево-судинної системи плода на 20-21-му тижні вагітності через підвищений ризик вроджених вад серця.

Доповідка представила показовий клінічний випадок ведення пацієнтки із ФКУ, яка мала дві вагітності з різними результатами. Перша вагітність, незважаючи на початкові труднощі з контролем рівня фенілаланіну, завершилася народженням здорової дівчинки. Під час

другої вагітності спостерігалися значні коливання рівня фенілаланіну, особливо в I триместрі, що могло спричинити народження хлопчика з коарктацією аорти, яка потребувала невідкладного хірургічного втручання.

Особливу увагу слід приділяти пацієнткам, які тривалий час не дотримувалися дієти або припинили спостереження у профільних спеціалістів. В умовах реформування системи охорони здоров'я та переходу до нової моделі ведення вагітності важливо забезпечити належну підготовку сімейних лікарів із питань спостереження за пацієнтками з ФКУ.

Успішне ведення вагітності при ФКУ можливе за умови своєчасного початку дієтотерапії, регулярного моніторингу біохімічних показників та тісної співпраці жінки з медичними фахівцями. Досвід засвідчує, що при адекватному контролі рівня фенілаланіну та дотриманні всіх рекомендацій можливе народження здорових дітей, проте будь-які відхилення від протоколу ведення вагітності можуть мати серйозні наслідки для плода.



Комплексний аналіз особливостей ведення вагітності у пацієнток із лізосомними хворобами накопичення та сучасних підходів до їхнього медичного супроводу висвітлила у своїй доповіді **завідувач Центру орфанних захворювань та генної терапії Національної дитячої спеціалізованої лікарні (НДСЛ) «Охматдит» МОЗ України Наталія В'ячеславівна Самоненко.**

Лізосомні хвороби накопичення являють собою велику групу генетичних захворювань, що включає понад 50 різних нозологій, серед яких виділяють сфінголіпідози, мукополісахаридози, глікопротеїнози, хвороби накопичення глікогену, ліпідів та посттрансляційні модифікатори дефектів. Кожне із цих захворювань має свої специфічні особливості, що потребує індивідуального підходу до їхнього менеджменту.

При плануванні вагітності у пацієнток із лізосомними хворобами накопичення важливо враховувати два основні аспекти: ведення вагітності у пацієнтки з діагностованим захворюванням та ведення вагітності у жінки, яка виношує плід із встановленим діагнозом лізосомної хвороби. На відміну від деяких інших генетичних захворювань (наприклад, муковісцидозу), при лізосомних хворобах накопичення не описано специфічних порушень фертильності.

Особливу увагу слід приділяти типу спадковості захворювання. Більшість лізосомних хвороб накопичення мають аутосомно-рецесивний тип спадковості, хоча трапляються і Х-зчеплені форми. Під час консультування сімей важливо оцінювати ризики народження дитини з патологією залежно від генотипу батьків. Показово, що у чоловіків із лізосомними хворобами накопичення не спостерігається підвищеного ризику народження хворих дітей, вони можуть передати лише носійство мутації.

Питання продовження специфічної терапії під час вагітності є одним із ключових. Сучасні дослідження демонструють безпечність ферментозамісної терапії і для матері, і для плода. На сьогодні зареєстровано 13 препаратів для ферментозамісної терапії, і, згідно з наявними даними, лікування не слід припиняти під час вагітності, пологів та грудного вигодовування. Особливо важливими є дані щодо безпеки при тривалому застосуванні таких препаратів, як іміглюцераза (церезім), що використовуються вже понад 30 років.

Дозування препаратів під час вагітності потребує особливої уваги. Унікальним є підхід при хворобі Гоше, де доза може варіюватися від стандартних 30 Од/кг до 60-120 Од/кг під час вагітності залежно від клінічної картини та ризику розвитку тромбоцитопенії. При хворобі Німана – Піка (типи А і Б) можливе незначне зниження дозування, тоді як при інших захворюваннях дозу коригують лише відповідно до маси тіла пацієнтки.

Основні ризики під час вагітності у пацієнток із лізосомними хворобами накопичення включають:

- гепатоспленомегалію, яка може механічно ускладнювати перебіг вагітності;
- анемію та тромбоцитопенію, що можуть посилюватися під час вагітності;
- гіпоглікемічні стани, особливо в пацієнток із глікогенозами;
- ураження кісткової системи, що може впливати на вибір методу розродження.

Ведення вагітності у таких пацієнток потребує мультидисциплінарного підходу із залученням акушера-гінеколога, гематолога, ортопеда, анестезіолога та інших профільних спеціалістів. Важливим є складання індивідуального плану ведення вагітності та пологів з урахуванням усіх можливих ускладнень.

Особливе значення має взаємодія з експертними центрами, які спеціалізуються на веденні пацієнтів з орфанними захворюваннями. За відсутності безпосереднього доступу до такого центру необхідно забезпечити можливість дистанційних консультацій за допомогою телемедицини.

Сучасний підхід до ведення вагітних із лізосомними хворобами накопичення базується на ретельній оцінці ризиків, індивідуалізованому підході до терапії та тісній співпраці різних спеціалістів. Завдяки накопиченому досвіду і доступності специфічної терапії такі пацієнтки мають можливість успішно виносити та народити здорову дитину за умови належного медичного супроводу.

Педіатр Центру орфанних захворювань та генної терапії НДСЛ «Охматдит» МОЗ України Маргарита Ігорівна Пацьора представила комплексний огляд особливостей ведення вагітності у пацієнток із порушеннями обміну жирних кислот.

Порушення обміну жирних кислот — це спадкові метаболічні захворювання, що характеризуються розладом процесів окислення жирних кислот та пригніченням енергетичного обміну. Хоча ці захворювання відносно рідкісні, їхня діагностика набуває дедалі більшого значення, особливо в контексті вагітності, яка може стати тригерним фактором для розвитку метаболічного кризу. Сьогодні завдяки впровадженню розширеного неонатального скринінгу з'явилася можливість діагностувати шість варіантів порушень обміну жирних кислот.

Патогенез захворювання пов'язаний із порушенням транспорту жирних кислот через мембрану мітохондрій та їхнього подальшого окислення. Ключову роль у цьому процесі відіграє карнітин, який забезпечує проникнення жирних кислот через мітохондріальну мембрану. За дисфункції цього механізму знижується енергетичне забезпечення клітин, що призводить до розвитку характерних клінічних проявів. Жирні кислоти, які є органічними сполуками з довгими ланцюгами вуглецевих атомів та карбоксильною групою, становлять важливу частку ліпідів в організмі. Внаслідок їхнього перетворення в мітохондріях утворюються п'ять молекул аденозинтрифосфornoї кислоти, що робить їх важливим джерелом енергії для організму.

У клінічній картині дорослих пацієнтів спостерігається виражена м'язова слабкість та швидка втомлюваність при фізичних навантаженнях, що часто проявляється неможливістю продовжувати тренування більше 15 хвилин без додаткового прийому вуглеводів. Характерними є м'язові крампи та судом окремих груп м'язів, що виникають після фізичного навантаження. Прогресуючі кардіоміопатії та аритмії, повторювані епізоди рабдоміолізу та периферичні нейропатії також є типовими проявами захворювання. У критичних випадках може розвинути рабдоміоліз із гострою нирковою недостатністю, що супроводжується гіпокальціємією і гіперкаліємією та створює ризик розвитку загрозливих для життя аритмій.

Особливістю ведення вагітності при порушенні обміну жирних кислот є комплексний підхід до дієтотерапії. Необхідно індивідуально підбирати раціон з урахуванням типу порушення, ваги жінки, терміну гестації та клінічного статусу. Критично важливо мінімізувати проміжки між прийомами їжі, які не мають перевищувати 4 год. у I-II триместрах та 3 год. — у III триместрі. Особливу увагу слід приділяти нічному режиму харчування, де проміжок голодування не має перевищувати 6 год. Рекомендований регулярний прийом спеціальних сумішей, які включають фруктові соки з додаванням мальтодекстрину та МСТ-олій, що містять середньоланцюгові жирні кислоти (тригліцериди).

Медикаментозна підтримка включає регулярний моніторинг рівня карнітину з можливою суплементцією, особливо у III триместрі, коли спостерігається природне зниження його рівня через зростання потреб



плода. Застосування МСТ-олій рекомендоване при певних типах порушень, проте протипоказане при дефіциті середньоланцюгової ацил-КоА-дегідрогенази (MCAD). При загрозі метаболічного кризу або необхідності оперативного втручання проводиться інтенсивна інфузійна терапія з використанням високих доз глюкози та карнітину.

Лабораторний моніторинг вагітних має включати регулярний контроль креатинфосфокінази (КФК), лактатдегідрогенази, електролітів крові, особливо натрію та калію, показників функції печінки та нирок. Окрему увагу необхідно приділяти контролю рівня глюкози, який пацієнтки часто здійснюють самостійно за допомогою глюкометра. У загальному аналізі сечі важливо контролювати наявність білка, еритроцитів та міоглобіну. За можливості рекомендоване визначення рівнів лактату й аміаку.

Інструментальна діагностика базується на регулярно проведенні електро- та ехокардіографії для моніторингу серцевої діяльності. Додаткові обстеження, такі як оцінка дихальної функції або УЗД печінки та нирок, виконують за наявності відповідних показань або при погіршенні стану пацієнтки.

При веденні пологів перевага надається природному розродженню, оскільки оперативне втручання створює додаткові ризики метаболічної декомпенсації. З моменту госпіталізації у таких вагітних необхідно розпочати інфузійну терапію 10% розчином глюкози зі швидкістю 2 мл/кг/год. із регулярним контролем глікемії. Контроль електролітів та КФК слід проводити кожні 4-8 год. із забезпеченням безперервного ЕКГ-моніторингу. Інфузійна терапія має продовжуватися протягом доби після пологів зі зниженою швидкістю.

Особливу увагу слід приділяти пренатальній діагностиці порушень обміну жирних кислот. Насто-роженість щодо можливого метаболічного порушення мають викликати такі стани, як HELLP-синдром та гострий жировий гепатоз у вагітної, які у 70% випадків можуть бути пов'язані з порушеннями обміну жирних кислот у плода, найчастіше — із дефіцитом довголанцюгової 3-гідроксиацил-КоА-дегідрогенази (LCHAD). Важливими маркерами також є наявність симетричних кіст головного мозку плода, багато- або маловоддя, водянка плода, мікроцефалія та рання перинатальна смерть в анамнезі.

Сучасний неонатальний скринінг дає змогу діагностувати 21 спадкове захворювання включно з деякими порушеннями обміну жирних кислот. Проте важливо пам'ятати, що до жовтня 2022 р. в Україні тестування проводилося лише на одне-п'ять захворювань, тому існує значна кількість недіагностованих пацієнтів. Крім того, негативний результат скринінгу не виключає повністю наявності метаболічного порушення, а позитивний результат у новонародженого може вказувати на наявність порушення в матері, яке раніше не мало клінічних проявів.

Успішне ведення вагітності у пацієнток із порушеннями обміну жирних кислот базується на мультидисциплінарному підході та потребує ретельного моніторингу стану матері й плода. Ключовими факторами успіху є рання діагностика, профілактика метаболічних кризів, індивідуальний підхід до дієтотерапії та медикаментозної підтримки. Перспективним напрямком є подальше вдосконалення методів пренатальної діагностики та розширення можливостей неонатального скринінгу.

Проведений захід продемонстрував важливість мультидисциплінарного підходу до ведення вагітності у пацієнток з орфанними захворюваннями. Представлені доповіді висвітлювали сучасні можливості діагностики, особливості медичного супроводу та перспективні напрямки розвитку в цій галузі. Обмін досвідом між провідними фахівцями дав змогу визначити ключові аспекти успішного ведення вагітності при різних типах орфанних захворювань включно із ФКУ, лізосомними хворобами накопичення та порушеннями обміну жирних кислот. Важливим результатом заходу стало окреслення шляхів подальшого вдосконалення системи генетичного скринінгу та пренатальної діагностики, а також потреби у спеціалізованій підготовці клініцистів різних спеціальностей для забезпечення якісного супроводу цієї категорії пацієнтів.

Підготувала **Анна Сочнева**

Бетадин®

ПОВІДОН-ЙОД

ЗУПИНЯТИСЬ НЕМАЄ ПРИЧИН!

БАКТЕРІЇ

ВІРУСИ

- ШИРОКИЙ СПЕКТР ПРОТИМІКРОБНОЇ ДІЇ
- БЕЗ РОЗВИТКУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ

ГРИБКИ



Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Бетадин. Лікарська форма. Розчин для зовнішнього та місцевого застосування. Основні фізико-хімічні властивості: розчин темно-коричневого кольору із запахом йоду. 1 мл розчину містить: 100 мг повідон-йоду. Зберігається при кімнатній температурі. Показання. Дезінфекція рук та антисептична обробка слизових оболонок. Антисептична обробка ран та опіків. Гігієнічна та хірургічна дезінфекція рук. Побічні ефекти. Місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання, ангіоневротичний набряк, анафілактичні реакції та інші. Особливі застереження. У новонароджених і дітей до 1 року повідон-йод слід використовувати тільки за суворими показаннями. Умови відпуску. Без рецепта. Виробник. ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС. Бетадин розчин Р.П. № UA/6807/03/01.

Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Бетадин. Лікарська форма. Мазь. Показання. Профілактика інфекцій при дрібних порізах та саднах, невеликих опіках і незначних хірургічних процедурах. Лікування грибкових та бактеріальних інфекцій шкіри, а також інфекцій пролежнів і трофічних виразок. Протипоказання: підвищена чутливість до йоду, або підозра на неї, вузловий колоїдний зоб, ендемічний зоб, тиреоїдит Хашимото, ниркова недостатність та інші. Побічні реакції: Місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання та інші. Особливі застереження. У новонароджених і дітей до 1 року повідон-йод слід використовувати тільки за суворими показаннями. Умови відпуску. Без рецепта. Виробник. ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС. Р.П. № UA/6807/01/01.

Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Бетадин супозиторії. Склад: діюча речовина: повідон-йод; 1 вагінальний супозиторій містить 200 мг повідон-йоду (відповідає 18-24 мг активного йоду); допоміжні речовини: макрогол 1000. Показання. Гострі та хронічні вагінальні інфекції (кольпіт): змішані інфекції; неспецифічні інфекції (бактеріальний вагіноз, спричинений Gardnerella vaginalis); грибкові інфекції (Candida albicans); вагінальні інфекції внаслідок лікування антибіотиками та стероїдними препаратами; трихомоніаз (при необхідності слід проводити комбіноване системне лікування). Передопераційна профілактика при хірургічних операціях у піхві або діагностичних процедурах. Протипоказання: підвищена чутливість до йоду, або підозра на неї, вузловий колоїдний зоб, ендемічний зоб, тиреоїдит Хашимото, ниркова недостатність та інші. Побічні реакції: місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання та інші. Умови відпуску. Без рецепта. Виробник. ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС. Р.П. № UA/6807/02/01.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38.



Ефективність місцевої антисептичної терапії при лікуванні інфікованих дерматитів у дітей

Протягом останніх років спостерігається значне зростання кількості захворювань шкіри. Понад 12 мільйонів таких звернень, що стосуються дітей, щорічно реєструють у Сполучених Штатах Америки, з яких 68% візитів – до лікарів первинної ланки. Дерматологічна група патологій у дітей характеризується етіологічною і патогенетичною неоднорідністю, що обумовлює постійний пошук обґрунтованих та ефективних терапевтичних стратегій [1]. У цьому огляді представлені результати актуальних клінічних досліджень, які спрямовані на покращення менеджменту дерматологічних захворювань із врахуванням особливостей перебігу патологій і фармакологічних аспектів застосування найпоширеніших груп препаратів у педіатричній практиці.

Найпоширеніші дерматологічні захворювання у дітей

Захворювання шкіри мають не лише фізичні, а і психо-соціальні наслідки для пацієнтів. Скарги, обумовлені станом шкіри, становлять 6-40% від загальної кількості відвідувань педіатричних клінік [2]. Ураження шкіри часто супроводжуються у дітей почуттям низької самооцінки та психоемоційною напругою, що значно погіршує якість життя. Такі симптоми, як почервоніння, свербіж та печіння, обмежують вибір одягу, створюють труднощі з концентрацією уваги та призводять до порушень сну. Зареєстровані непоодинокі випадки, коли захворювання шкіри, що позначаються на зовнішньому вигляді, такі як акне, екзема та псоріаз, негативно впливають на психологічний стан дитини. Робоча група Європейської академії дерматології та венерології (European Academy of Dermatology and Venereology) рекомендує використовувати оцінку якості життя як частину лікування дерматологічних захворювань.

До найпоширеніших патологій шкіри у дітей зараховують atopічний і контактний дерматит, родимі плями та акне [3]. Серед них переважає atopічний дерматит (АД): лише у США близько 20% дітей мають це захворювання [4]. АД має рецидивний характер і в педіатрії насамперед стосується пацієнтів дошкільного віку (3-5 років). Шкірні прояви atopії можуть коливатися від вродженого тяжкого ксерозу до легкого atopічного запального процесу [5]. АД виникає внаслідок поєднання генетичних факторів, дефектів шкірного бар'єра та порушення регуляції імунної відповіді. Зазвичай це перший крок у «atopічному марші» інших захворювань, таких як харчова алергія, алергічний риніт і бронхіальна астма. Згідно із сучасними міжнародними рекомендаціями, лікування АД потребує використання пом'якшувачів після миття, а при загостренні патології рекомендовані місцеві стероїди у мінімальній ефективній дозі. Інгібітори кальциневрину зазначені в усіх настановах для використання в якості другої лінії лікування або першої лінії для чутливих зон, таких як обличчя, аногенітальна ділянка і шкірні складки. Місцеві інгібітори кальциневрину схвалені лише для дітей старших двох років.

Незважаючи на те що АД переважно не загрожує життю, це захворювання значно погіршує якість життя дітей, підвищує ризики ускладнень включно із вторинними, бактеріальними або вірусними інфекційними ураженнями шкіри [6].

Приєднання бактеріальної інфекції при АД

Пацієнти з АД мають нижчу здатність щодо захисту шкіри від бактеріальних інфекцій. Згідно з результатами досліджень, дефекти шкірного бар'єра, зниження антимікробних пептидів, підвищення показника рН та синтезу цитокінів (IL-4, IL-13) є потенційними факторами, які сприяють підвищенню ризику приєднання інфекцій при АД. Вірулентність патогенів, таких як метицилінрезистентний стафілокок (MRSA), обумовлена синтезом великої кількості суперантигенів та α -токсинів, що збільшують їхній потенціал у спричиненні інфекції та призводять до тяжкого перебігу запального процесу [7]. Постійне розчухування ділянки екзематозного ураження призводить до погіршення наявного дефекту епідермального бар'єра, сприяючи проникненню бактерій у шкіру. Передбачувано, що *S. aureus* є найпоширенішою причиною вторинного бактеріального ураження через здатність уникати шкірного захисту. Друга за поширеністю причина шкірних інфекцій при АД – β -гемолітичний стрептокок групи А (GAS). Загалом екзематозні ураження в ділянках згину, сильний свербіж і atopія асоціювалися з підвищеним ризиком бактеріальної інфекції у пацієнтів із АД [8].

При контамінації шкіри бактеріальними патогенами рекомендовано призначення короткого курсу системних або місцевих антибіотиків залежно від місця ураження. Однак на практиці результати мають суперечливий характер. Результати клінічних досліджень, що оцінювали чутливість бактеріальних інфекцій при АД, демонструють суттєві показники резистентності серед ізолятів. Нечутливі ізоляти

S. aureus до амоксицилін-клавуланової кислоти були діагностовані у 23,0% пацієнтів із АД. Цей факт вказує на потенційну присутність метицилінрезистентного штаму *S. aureus* (MRSA). Системні антибактеріальні препарати, такі як кліндаміцин і еритроміцин, не продемонстрували достатньої ефективності, враховуючи їхні показники резистентності 67,6 і 83,4% відповідно. Також 42 із 95 ізолятів *S. aureus* не були чутливими до клоксациліну. Із цих 42-х лише 14 (33,3%) були чутливі до амоксициліну. Натомість жоден з них не був чутливим до ампіциліну, азитроміцину, еритроміцину або кліндаміцину. У 22,9% пацієнтів спостерігалися бактеріальні асоціації з β -гемолітичним стрептококом групи А, який виявився чутливим до ампіциліну лише у 45,5% випадків. Науковці зазначили, що у разі контамінації шкіри MRSA слід призначити консультацію інфекціоністів та медичних мікробіологів. Крім того, варто регулярно проводити тести на чутливість до антибіотиків, щоб оцінити доступний терапевтичний потенціал препаратів [9].

У систематичному огляді та метааналізі 2024 р. було продемонстровано, що антимікробна чутливість *S. aureus* до β -лактамів, еритроміцину, кліндаміцину та фузидової кислоти може бути неоптимальною для емпіричного застосування в осіб із АД. Вчені звернули увагу, що місцеві та системні антибіотики часто використовуються для лікування осіб з АД, хоча антимікробна терапія рекомендована лише для осіб із підтвердженими інфекційними ускладненнями, оскільки їхнє призначення не покращує результати під час загострень. Крім того, використання антибіотиків для лікування АД може сприяти дисбактеріозу шкіри та антимікробній резистентності [10]. Клініцисти мають призначати антибіотики лише у виняткових випадках та обмежити їхнє широке використання в межах боротьби з антибіотикорезистентністю [11].

Альтернативні препарати для лікування інфікованих дерматитів

Існує широкий інтерес щодо використання антисептиків для лікування бактеріальної колонізації у хворих на інфіковані дерматити. Антисептики краще переносяться і є альтернативою місцевим антибіотикам у пацієнтів з АД. Основні переваги антисептиків перед антибіотиками полягають у тому, що вони мають низький потенціал індукції бактеріальної резистентності, рідко викликають гіперчутливість уповільненого типу або алергічні реакції та випускаються як різноманітні препарати відповідно до індивідуальних потреб пацієнтів. До найпоширеніших місцевих антисептиків належать триклозан, перманганат калію, гіпохлорит натрію, хлоргексидину глюконат і повідон-йод. Найбільш часто у дерматологічній практиці використовують хлоргексидину глюконат і повідон-йод (PVI). Хлоргексидин – це антисептик, який у високих концентраціях вбиває бактерії, руйнуючи клітинну мембрану, а при низьких концентраціях виявляє бактеріостатичну дію. Проте хлоргексидин володіє низькою ефективністю у боротьбі з патогенами, які утворюють спори і біоплівки. Його використання також відносно протипоказане на навколоочних або навколоушних ділянках через підвищений ризик розвитку кератиту та ототоксичності. Науковці наголошують на можливих алергічних реакціях та подразненні шкіри під час його використання [12].

Повідон-йод – антисептичний розчин швидкої дії із широкими антибактеріальними, противірусними і протигрибовими властивостями. Його ефективність підтверджена і у водних, і в спиртових формах. На відміну від хлоргексидину, повідон-йод можна безпечно використовувати на навколоочних ділянках шкіри [12]. Порівняльні дослідження показали, що повідон-йод був більш активним, ніж хлоргексидин проти MRSA, і мав бактерицидну дію проти штамів, стійких до хлоргексидину [13]. Це має особливе значення для пацієнтів з АД, колонізація пошкоджень шкіри яких зумовлена стафілококом. Антимікробна активність йоду виникає внаслідок сильних окислювальних ефектів, які спричиняють коагуляцію ядерного матеріалу та утворення пор у клітинних стінках бактерій і грибів. Цей механізм дії

пояснює, чому антисептики на основі йоду не пов'язані із розвитком стійкості бактерій [14].

Є чимало свідчень, що лікування за допомогою препаратів на основі повідон-йоду може значно покращити перебіг запальних процесів шкіри у пацієнтів з інфікованими дерматитами, бо цей антисептик ефективно знищує колонії MRSA. Зважаючи на те що АД є суперантигенним захворюванням, контроль *S. aureus* надзвичайно важливий [15]. Повідон-йод має клінічну активність проти низки стійких до антибіотиків бактерій і в терапевтичних концентраціях перевершує деякі антисептичні препарати. Було показано, що місцеві засоби на основі повідон-йоду добре переносяться, ефективні проти бактерій, які утворюють біоплівки, та мають ранозагоювальні властивості. Було продемонстровано, що повідон-йод є ефективним у терапії запальних захворювань шкіри, пов'язаних з колонізацією бактерій. Після лікування пацієнтів за допомогою повідон-йоду спостерігалось статистично значуще покращення клінічного перебігу АД, яке оцінювали за допомогою індексу загальної площі та тяжкості екземи (eczema area and severity index, EASI). Повідон-йод у складі місцевої терапії добре переносився більшістю пацієнтів, зокрема із захворюваннями, які зазвичай супроводжуються підвищеною чутливістю, такими як АД і розацеа. Це обумовлено тим, що для досягнення антисептичного ефекту достатньо низьких концентрацій діючої речовини. Мазь на основі повідон-йоду у дослідженні суттєво зменшувала інтенсивність запального процесу, показники окислативного стресу та скорочувала час загоєння ран [16]. Щодо розвитку алергічної реакції, лише 0,4% пацієнтів під час проведення шкірних проб мають справжній алергічний контактний дерматит, який спричинений йодом. Це дослідження свідчить про необхідність більш повного клінічного аналізу під час тестування засобів, які мають і подразнювальні, і алергенні властивості. Цей підхід важливий для виключення хибнопозитивних реакцій патч-тесту при використанні повідон-йоду [17].

Встановлено, що застосування повідон-йоду може розглядатися як допоміжна місцева терапія разом із загальним лікуванням, коли основні препарати недостатньо ефективні у пацієнтів із АД. Доведено, що розчин повідон-йоду може знищити на поверхні шкіри *S. aureus* за 5 секунд.

У дослідженнях було показано, що під час застосування повідон-йоду у багатьох хворих на АД значно покращується стан шкірних покривів, особливо за наявності висипів. У Японських настановах з лікування АД також зазначено, що використання повідон-йоду рекомендоване, коли загальне лікування недостатньо ефективне [15].

В Україні засоби для обробки шкіри на основі повідон-йоду доступні у складі препаратів Бетадин® компанії «Egis». Бетадин® у формі розчину є комплексним препаратом йоду і полівінілпіролідону, що забезпечує повільне вивільнення молекул і тривалий антисептичний ефект. Як наслідок, при взаємодії препарату зі шкірою знижується ризик подразнення, що надзвичайно важливо при лікуванні дерматитів у дітей. Бетадин® у формі мазі має широкий антимікробний спектр дії включно з грампозитивними і грамнегативними бактеріями, вірусами, грибами та спорами. Завдяки специфічному механізму дії резистентність на мазь, зокрема вторинна стійкість при довготривалому застосуванні, не спостерігається. Бетадин® у формі мазі розчиняється у воді і легко змивається. Мазь містить 10% активної речовини, що є ефективною концентрацією при інфікованих дерматитах.

Висновок

Ураження шкіри поширені у педіатричній практиці, серед яких АД посідає провідне місце. Порушення захисного бар'єра, механічні пошкодження, зниження захисних властивостей значно підвищують ризик бактеріального ураження. Повідон-йод має багато характеристик включно із широким антимікробним спектром, відсутністю резистентності, ефективністю проти біоплівок, хорошою переносимістю і впливом на процеси запалення, які роблять його препаратом вибору для лікування інфікованих дерматитів. Завдяки потужним антимікробним властивостям широкого спектра дії та сприятливому профілю ризик/користі Бетадин® є високоефективним засобом для лікування запальних та інфікованих уражень шкіри.

Список літератури – у редакції.

Підготувала Катерина Пашинська

①

3

Ключові оновлення у графіку імунізації в США на 2025 рік: що змінилося і чому це важливо



У нещодавно затвердженому графіку імунізації на 2025 р. відбулася низка важливих змін, які впливатимуть на підхід до вакцинації дітей і підлітків у США. Ці оновлення є результатом ретельного аналізу наукових даних та клінічного досвіду, проведеного Консультативним комітетом із практики імунізації (ACIP) і затвердженого провідними медичними організаціями включно із Центром контролю та профілактики захворювань США (CDC) й Американською академією педіатрії (AAP).

Віг чотиривалентної до тривалентної вакцини проти грипу

Серед найпомітніших змін — переведення усіх вакцин проти грипу із чотиривалентних на тривалентні. Тривалентні вакцини містять антигени трьох штамів вірусу грипу, на відміну від чотиривалентних (чотири штами). Це рішення, що базується на аналізі циркулюючих штамів вірусу за останні сезони, відображає еволюцію у підході до боротьби із сезонними епідеміями грипу.

Воно було ухвалене на основі даних епідеміологічного нагляду, згідно з якими певні штами вірусу грипу стали менш поширеними або їхня антигенна структура змінилася, чезреш що включення їх до вакцини стало менш необхідним.

Також до переліку рекомендованих вакцин було додано вакцину проти грипу ссІV3, яка виробляється з використанням клітинних культур, а не курячих ембріонів, що може бути перевагою для осіб з алергією на яйця. Крім того, вакцини на основі клітинних культур можуть мати кращу відповідність до циркулюючих штамів вірусу, оскільки вірус не адаптується до курячих ембріонів під час виробництва.

Особливу увагу приділено реципієнтам трансплантації солідних органів віком від 18 років, для яких рекомендовано використання специфічних варіантів вакцин (aІV3 або HD-ІV3). Ця рекомендація відображає розуміння особливих потреб імунокомпрометованих пацієнтів, для яких стандартні вакцини можуть бути недостатньо ефективними.

Щодо COVID-19

Графік 2025 р. містить актуалізовані рекомендації стосовно вакцинації проти COVID-19, де враховано продовження пандемії та появу нових даних про ефективність і безпеку вакцин. Текст було оновлено до «1 або більше доз вакцини 2024–25 рр.» із детальними вказівками в примітках, що відображає перехід від фіксованої кількості доз до більш гнучкого підходу, який враховує попередню вакцинацію та природний імунітет.

Важливим доповненням стали рекомендації щодо додаткових доз для осіб із помірним або важким імунодефіцитом. Про це свідчить зміна кольорового кодування у таблиці для імунокомпрометованих пацієнтів та осіб із ВІЛ-інфекцією з низьким рівнем CD4. Ці групи пацієнтів можуть потребувати додаткових доз вакцини для формування адекватного імунітету, тому раніше відбулася заміна жовтої смуги на коричневу.

У цих змінах враховано накопичений досвід вакцинації проти COVID-19 та нові дані щодо тривалості імунітету й ефективності бустерних доз у різних групах пацієнтів. Вони також нагадують про необхідність індивідуального підходу до вакцинації проти COVID-19, особливо для осіб з ослабленим імунітетом.

Щодо поліовакцинації

До графіка 2025 р. було внесено зміни до рекомендацій стосовно вакцинації проти поліомієліту. «ІРV <18 років» було видалено з колонки вакцин, а для колонки «віком 18 років» раніше сіра смуга була змінена на зелену, щоб відобразити рекомендацію щодо наздоганяючої вакцинації, якщо вакцинація не завершена.

Ця зміна підкреслює важливість повного курсу вакцинації проти поліомієліту навіть у старшому віці та відображає стратегію елімінації поліомієліту на глобальному рівні. Хоча в США випадки поліомієліту є рідкісними, нещодавні спалахи в інших країнах та виявлення вірусу поліомієліту в стічних водах деяких регіонів США нагадують про необхідність підтримки високого рівня імунізації проти цього захворювання.

Щодо вакцинації проти менінгококової інфекції групи В

Значного оновлення зазнав графік дозування вакцини Вехсего проти менінгококової інфекції групи В. Тепер для здорових осіб віком 16–23 роки рекомендована 2-дозова серія (на 0 та 6 місяців) на основі спільного ухвалення рішень. Це відображає баланс між захистом від менінгококової інфекції та практичністю застосування вакцини у цій віковій групі.

Для осіб віком від 10 років із підвищеним ризиком менінгококової хвороби серогрупи В запропоновано 3-дозову серію (на 0, 1–2 та 6 місяців). Ця рекомендація враховує особливі потреби пацієнтів із високим ризиком, таких як особи з аспленією, дефіцитом компонентів комплементу або ті, хто піддається ризику під час спалахів.

Зміни в рекомендаціях щодо вакцинації проти менінгококової інфекції групи В відображають прагнення до оптимізації графіка вакцинації для забезпечення найкращого захисту при мінімальній кількості доз.

Щодо вакцинації проти денге

У графіку 2025 р. було змінено кольорове кодування для вакцини проти денге: раніше жовта смуга була змінена на пурпурову, тобто вакцина проти денге рекомендована лише для певних груп високого ризику в межах вікової групи.

Ця зміна пов'язана з особливостями епідеміології денге в США, що є ендемічним для Пуерто-Ріко, Американських Віргінських островів, Американського Самоа та інших територій, але рідко фіксується на континентальній частині США. Вакцинація проти денге рекомендована особам, які живуть у ендемічних регіонах або планують там тривале перебування, особливо якщо вони мали попередній підтверджений випадок інфекції денге.

Щодо RSV

З огляду на визнання важливості захисту від респіраторно-синцитіального вірусу (RSV), одного з основних збудників важких респіраторних інфекцій у немовлят, було уточнено оптимальний час для введення нірсевімабу — жовтень–листопад або протягом 1 тижня після народження.

Для немовлят, що народилися із жовтня по березень (сезон підвищеної активності RSV), рекомендовано введення 1 дози нірсевімабу протягом 1 тижня після народження, ідеально — ще під час перебування в лікарні. Ця рекомендація спрямована на забезпечення захисту немовлят від RSV у найбільш вразливий період їхнього життя.

Особлива увага приділена немовлятам, народженим від осіб, які отримали вакцину проти RSV під час попередніх вагітностей. Було додано пункт для уточнення: «Немовлята, народжені від вагітних, які отримали вакцину проти RSV під час попередньої вагітності, повинні отримати нірсевімаб». Тобто враховано, що материнські антитіла, отримані від попередньої вакцинації, можуть не забезпечувати достатній захист для немовляти, народженого під час наступної вагітності.

Щодо вакцинації проти Ніб

Важливі зміни було внесено до рекомендацій щодо вакцинації проти *Haemophilus influenzae* типу b (Ніб). Було додано переважне використання Vaxelis та PedvaxHIB для первинних доз у дітей американських індіанців та корінних жителів Аляски. Ця рекомендація відображає визнання підвищеного ризику інвазивних захворювань, викликаних Ніб, у цих популяціях та необхідність оптимізації імунної відповіді.

Також було оновлено опис особливих ситуацій для вакцинації проти Ніб. «Імуноглобулінова недостатність, рання недостатність компонентів комплементу» була оновлена до «Імуноглобулінова недостатність, рання недостатність компонентів комплементу або використання інгібіторів ранніх компонентів комплементу». Ця зміна відображає розширення розуміння факторів ризику інвазивних захворювань, викликаних Ніб, та включає пацієнтів, які отримують нові методи лікування, що впливають на систему комплементу.

Щодо вакцинації проти гепатиту В

У графіку 2025 р. Heplisav-B був видалений зі списку вакцинних продуктів, які не можна використовувати під час вагітності. Ця зміна, ймовірно, базується на нових даних стосовно безпеки цієї вакцини під час вагітності та відображає прагнення до розширення можливостей вакцинації для вагітних жінок, які потребують захисту від гепатиту В.

Уточнення щодо протипоказань та застережень

У додатку до графіка імунізації було внесено важливі уточнення стосовно протипоказань та застережень, які допомагають клініцистам ухвалювати обґрунтовані рішення щодо вакцинації в особливих ситуаціях:

- видалено Heplisav-B зі списку вакцинних продуктів, які не можна використовувати під час вагітності, що розширює можливості вакцинації вагітних жінок;
- додано протипоказання для використання MMRV (комбінована вакцина проти кору, паротиту, краснухи та вітряної віспи) в осіб, інфікованих ВІЛ, що відображає особливі ризики для цієї групи пацієнтів;
- додано вказівку переглянути протипоказання для MMR/MMRV при використанні MMRV, що наголошує на важливості комплексного підходу до оцінювання протипоказань для комбінованих вакцин;
- видалено вебпосилання на реєстр вагітності Heplisav-B, оскільки воно більше не доступне, тобто йдеться про зміни, що стосуються доступних інформаційних ресурсів.

Міжнародні подорожі та вакцинація

Оновлений графік імунізації приділяє увагу особливим рекомендаціям щодо вакцинації для осіб, які планують міжнародні подорожі. Зокрема, розділ про MMR (вакцина проти кору, паротиту та краснухи) включає нову примітку, що рекомендує дітям віком від 12 місяців, вакцинованим 1 дозою, отримати другу дозу принаймні через 4 тижні після першої, якщо йдеться про подорож за кордон.

Ця рекомендація враховує розуміння глобальної епідеміологічної ситуації щодо кору та інших захворювань, які можуть

бути більш поширеними в інших країнах. Вона спрямована на забезпечення максимального захисту для дітей, які наражаються на підвищений ризик інфікування під час подорожей.

Вакцинація проти пневмококової інфекції

До графіка 2025 р. було додано пункт щодо використання пневмококових вакцин під час вагітності: «немає рекомендацій для PCV або PPSV23 через обмежені дані. Резюме наявних даних про пневмококову вакцинацію під час вагітності можна знайти на вебсайті CDC».

Ця примітка відображає обережний підхід до вакцинації під час вагітності, коли недостатньо даних для формування чітких рекомендацій. Вона також засвідчує важливість доступу до актуальної інформації та наукових даних для ухвалення обґрунтованих рішень щодо вакцинації.

Вплив на практичну діяльність лікарів

Оновлений графік імунізації має значний вплив на повсякденну практику педіатрів і сімейних лікарів. Зміни кольорового кодування та візуального представлення інформації покращують зручність використання таблиць. Замість «Немає рекомендацій/Не застосовується» тепер використовується формулювання «Немає вказівок/Не застосовується», що краще відображає суть та гармонізує представлення між різними таблицями.

Текст пурпурової легенди змінився: вже не «Діапазон рекомендованих віків для певних груп високого ризику», а «Діапазон рекомендованих віків для певних груп високого ризику або популяцій», що відображає більш інклюзивний підхід до визначення груп, які можуть потребувати особливих рекомендацій щодо вакцинації.

Ці зміни сприяють більш зрозумілому та послідовному представленню рекомендацій стосовно вакцинації, що полегшує їхнє використання в клінічній практиці та покращує комунікацію з пацієнтами та їхніми родинами.

Висновки

Графік імунізації 2025 р. відображає еволюцію наукових знань і клінічного досвіду в сфері вакцинопрофілактики. Він враховує нові дані про ефективність та безпеку вакцин, змінює епідеміологічну ситуацію та появу нових препаратів.

Оновлення засвідчують прагнення до максимальної індивідуалізації підходу до імунізації, враховуючи особливості різних груп пацієнтів, зокрема з імунодефіцитами, вагітних та представників корінних народів, а також важливість спільного ухвалення рішень щодо вакцинації, особливо для рекомендацій, які залежать від індивідуальних факторів ризику та переваг.

У таблиці узагальнено ключові зміни щодо вакцинації на 2025 р.

Таблиця. Ключові зміни у графіку вакцинації на 2025 рік		
Вакцина/Аспект	Основні зміни	Клінічне значення
Грип	Замість чотиривалентних – тривалентні вакцини. Додано вакцину на основі культури клітин (ccІV3)	Оптимізація складу вакцини відповідно до циркулюючих штамів. Розширення варіантів для осіб з алергією на яйця
COVID-19	Оновлено до «1 або більше доз вакцини 2024–25 рр.». Додаткові дози для імунокомпрометованих пацієнтів	Гнучкий підхід з урахуванням попередньої вакцинації та індивідуальних особливостей. Підвищений захист для вразливих груп
Поліо-	Видалено «ІРV <18 років». Зміна кольору для віку 18 років, щоб відобразити наздоганяючу вакцинацію	Підкреслення важливості завершення курсу вакцинації навіть у старшому віці
Менінгококова В	Зміна графіка для Вехсего: 2 дози для здорових осіб 16–23 років, 3 дози для осіб із високим ризиком	Оптимізація схеми вакцинації залежно від ризику. Спрощення графіка для здорових осіб
RSV	Уточнення оптимального часу введення нірсевімабу. Рекомендації для немовлят від вакцинованих матерів	Забезпечення своєчасного захисту, особливо в сезон RSV. Урахування впливу материнської вакцинації
Hib	Перавжне використання Vaxelis та PedvaxHIB для дітей американських індіанців та корінних жителів Аляски	Індивідуальний підхід з урахуванням епідеміологічних особливостей різних популяцій
Гепатит В	Heplisav-B видалено зі списку заборонених під час вагітності	Розширення можливостей вакцинації вагітних проти гепатиту В
MMR/MMRV	Додано протипоказання для MMRV у осіб з ВІЛ. Нова рекомендація щодо другої дози перед закордонними подорожами	Підвищення безпеки вакцинації в осіб з ВІЛ. Додатковий захист під час подорожей
Візуальне представлення	Оновлення кольорового кодування та легенд	Більш зрозуміле та послідовне представлення рекомендацій

За матеріалами Committee on Infectious Diseases (2025) Recommended Childhood and Adolescent Immunization Schedule: United States, 2025: Policy Statement. Pediatrics. Feb 1;155(2): e2024069987. doi: 10.1542/peds.2024-069987.

Про зміни в Календарі профілактичних щеплень України з 2026 року

Міністерство охорони здоров'я України планує запровадити важливі зміни до Національного календаря профілактичних щеплень, які наберуть чинності з 2026 р. Вони спрямовані на гармонізацію українських підходів до імунізації з європейськими стандартами та впровадження сучасних стратегій захисту населення від інфекційних захворювань.

Як було зазначено під час брифінгу в Медіацентрі України, наразі проєкт наказу МОЗ «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні» ви-несено на громадське обговорення. Зміни розроблені з урахуванням міжнародних рекомендацій та базуються на позиції Національної технічної групи експертів з пи-тань імунопрофілактики (НТГЕІ).



Заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар України Ігор Кузін пояснив: «Країни світу періодично оновлюють свої календарі щеплень, базуючись на рекомендаціях ВООЗ, Центру контролю захворювань США (CDC) та інших міжнародних орга-нізацій, — це поширена практика. Зміни, які запропоновані для укра-їнського календаря з 2026 р., дадуть змогу гармонізува-ти підходи до імунізації з європейськими стандартами та впроваджувати сучасні стратегії».

Ключові зміни в календарі щеплень
Обов'язкова вакцинація проти ВПЛ

Однією з найважливіших новацій є введення обов'яз-кової та безоплатної вакцинації проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) для дівчат віком 12-13 років. Це рішення спрямоване на профілактику раку шийки матки, який в Україні посідає третє місце в структурі онкологічних захворювань серед жінок.

Вакцинація проводитиметься одноразово, що відпо-відає сучасним рекомендаціям ВООЗ від 2022 р. та успішному досвіду таких країн, як Велика Британія й Австралія.



Голова НТГЕІ Федір Лапій зазна-чив: «З приводу однодозової схеми вакцинації проти ВПЛ маємо по-зицію ВООЗ від 2022 р., результати багатьох досліджень та досвід дея-ких країн (наприклад, Великої Британії та Австралії), які вже пе-рейшли на таку схему. На сьогодні можемо говорити про переконливі аргументи, що одна доза вакцини, введена в певному віці, працює абсолютно не гірше за дві».

Дівчатам, які живуть з ВІЛ, та дітям, що постраждали від сексуального насильства, вакцину проти ВПЛ реко-мендовано вводити якомога раніше, починаючи з дев'я-ти років. Вакцинація дівчат, які живуть з ВІЛ, має про-водитися з використанням тридозового графіка вакци-нації.

Зміни у вакцинації проти поліомієліту

Україна повністю переходить на інактивовану поліо-мієлітну вакцину (ІПВ) замість раніше використовува-ної оральної вакцини (ОПВ) для всіх доз. Це важливий крок для запобігання випадкам вакциноасоційованого паралітичного поліомієліту (ВАПП) та для захисту від поширення циркулюючого вірусу поліомієліту типу 2.

Щеплення проти поліомієліту за новим календарем проводитимуться у такому віці:

- 2 місяці (перша доза);
- 4 місяці (друга доза);
- 6 місяців (третя доза);
- 18 місяців (четверта доза);
- 6 років (п'ята доза).

Удосконалення схеми вакцинації проти гепатиту В

Планові щеплення проти гепатиту В будуть проводи-тися за новою схемою: у два місяці (перша доза), чотири місяці (друга доза), шість місяців (третя доза) та 18 міся-ців (четверта доза) незалежно від маси тіла при наро-дженні.

Ця схема дасть змогу використовувати сучасні комбі-новані вакцини проти кількох інфекційних захворювань одночасно (АКДП + ІПВ + Ніб + ВГВ), що зменшить кількість ін'єкцій для дитини і візитів до медзакладу.

«Ніхто не любить, коли уколів багато. Зменшення кількості ін'єкцій для дітей підвищує прихильність їхніх батьків до вакцинації. Науковці однакостайні в тому, що використання багатокомпонентних вакцин є безпечним та ефективним», — наголошує **Федір Лапій**.

Зміни у вакцинації проти туберкульозу

Щеплення проти туберкульозу пропонується прово-дити через 24 години від народження до виписки з по-логового стаціонару вакциною БЦЖ.

Діти віком до дев'яти місяців зможуть отримати ще-плення без попереднього проведення туберкулінової шкірної проби в разі відсутності відомого контакту з лю-диною, яка хворіє на туберкульоз.

Зміни у вакцинації проти кору, паротиту та краснухи

Щеплення проти кору, епідемічного паротиту і крас-нухи проводитиметься у віці 12 місяців (перша доза) та чотири роки (друга доза) замість попередньої схеми, де друга доза вводилася у шість років. Це дасть змогу забезпечити захист дітей в більш ранньому віці та запо-бігти важкому перебігу захворювання.

Чому ці зміни важливі?

Запропоновані зміни розроблені з урахуванням між-народних рекомендацій та базуються на позиції НТГЕІ.

Ігор Кузін наголошує: «Щороку у світі вакцинація за-побігає 3,5-5 мільйонам смертей від таких захворювань,

як дифтерія, правець, кашлюк, грип та кір. Особливо вразливі до таких хвороб діти і дорослі, які не мають ще-плень взагалі або пропустили якесь із щеплень за графі-ком. Зокрема, використання комбінованих вакцин дасть змогу скоротити кількість ін'єкцій для дитини та візитів до кабінету лікаря для її батьків».

Важливі технічні особливості нової системи вакцинації

Нова версія календаря щеплень також включає де-тальні рекомендації щодо поєднання різних вакцин:

- інактивовані вакцини можуть вводитися одночасно в різні ділянки тіла або з будь-яким інтервалом;
- живі вакцини для парентерального введення мо-жуть бути введені одночасно або з інтервалом не менше чотирьох тижнів;
- вакцини проти туберкульозу (БЦЖ) можуть поєд-нуватися з іншими вакцинами при дотриманні пев-них умов.

Також запроваджуються чіткі рекомендації щодо ще-плення дітей, у яких порушений календар вакцинації, з детальним описом мінімальних інтервалів між дозами.

Коли набудуть чинності нові правила

Зміни до календаря щеплень наразі проходять гро-мадське обговорення, а їхнє впровадження заплановане на 2026 р. Цей термін встановлено для забезпечення належної підготовки та проведення необхідних центра-лізованих закупівель вакцин.

Оновлення Національного календаря профілактичних щеплень має стати важливим кроком у напрямку покращення системи громадського здоров'я в Україні. Запро-вадження обов'язкової вакцинації проти ВПЛ і перехід на безпечніші та ефективніші схеми щеплень проти ін-ших інфекцій допоможуть знизити рівень захворювано-сті, запобігти ускладненням та зберегти життя і здоров'я українців.

Міністерство охорони здоров'я України запрошує громадськість до обговорення запропонованих змін, які в перспективі матимуть значний позитивний вплив на епідемічне благополуччя населення України.

Деталі нового Календаря профілактичних щеплень

Новий Календар профілактичних щеплень, затвер-джений наказом МОЗ України, включає основні пункти для обов'язкових щеплень (таблиця).

Крім обов'язкових, також передбачено додаткові ще-плення, які не забезпечуються коштом державного бю-джету, включно з вакцинацією проти пневмококової, ротавірусної, папіломавірусної (для дітей старших дев'я-ти років) та менінгококової інфекції, вітряної віспи, грипу, гепатиту А та клішового енцефаліту.

Висновок

Оновлення Національного календаря профілактичних щеплень є важливим кроком у реформуванні системи охорони здоров'я України та приведенні її у відповід-ність до європейських стандартів. Запровадження нових вакцин та вдосконалення схем щеплень мають на меті підвищення рівня імунізації населення і зниження за-хворюваності на інфекційні хвороби.

Як зазначив **Ігор Кузін**, «зміни, запропоновані для українського календаря з 2026 р., дають змогу гармонізу-вати підходи до імунізації з європейськими стандартами та впроваджувати сучасні стратегії».

Особливо важливим є запровадження обов'язкової вакцинації проти ВПЛ, що має запобігти значній кіль-кості випадків раку шийки матки. Не менш важливими є зміни в графіку вакцинації проти кору, поліомієліту та інших інфекцій, які сприятимуть ефективнішому за-хисту дітей у більш ранньому віці.

Впровадження змін до Календаря профілактичних щеплень заплановане на 2026 р., що дасть можливість провести належну підготовку та закупівлю необхідних вакцин.



ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів



Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



Health-ua.com
Спеціалізований
медичний
портал



Видавничий дім
«Здоров'я України»



Health-ua.com

Поради щодо споживання риби

Для жінок репродуктивного віку, вагітних або тих, що годують грудьми, та дітей віком від одного року до 11-ти



Риба містить ключові поживні речовини, які підтримують розвиток мозку дитини

Це один із найкорисніших продуктів харчування, що забезпечує такі ключові поживні речовини під час вагітності, грудного вигодовування та/або раннього дитинства для підтримки розвитку мозку дитини:

- омега-3 (до їхнього складу входять ДГК та ЕПК) та омега-6 жири;
- залізо;
- йод (під час вагітності);
- холін.

Холін також підтримує розвиток спинного мозку дитини. Риба – джерело заліза і цинку для підтримки імунної системи дітей, а також інших поживних речовин, таких як білок, вітаміни B12, D і селен.



Найкращі варіанти
Гарні варіанти
Варіанти, яких слід уникати

Вибирайте різноманітні види риби з низьким вмістом ртуті

В раціоні вагітних, жінок, що годують грудьми, і дітей важливо обмежувати вміст ртуті, однак багато поживних видів риби містять низький рівень ртуті.

Ця таблиця допоможе вам вибрати, яку рибу і як часто їсти залежно від вмісту ртуті.

Що таке порція? Як орієнтир використовуйте долоню. Вагітність та грудне вигодовування: споживайте дві-три порції (одна порція – 4 унції) на тиждень зі списку «Найкращі варіанти» АБО одну порцію зі списку «Гарні варіанти»	
Діти: в середньому порція становить приблизно 1 унцію у віці один-три роки, 2 унції – у віці чотири-сім років, 3 унції – у віці вісім-десять років, 4 унції – у віці 11 років. Споживайте дві порції на тиждень зі списку «Найкращі варіанти»	
Найкращі варіанти	Гарні варіанти
Анчоуси, атлантичний горбань, атлантична скумбрія, чорний морський окунь, масляна риба, сом, молюски, тріска, краб, річковий рак, камбала, пікша, хек, оселедець, американський та колючий омар, кефаль, устриці, тихоокеанська скумбрія, прісноводний та океанський окунь, щука, камбала-ліманда, минтай, лосось, сардина, гребінець, шед, креветки, скат, корюшка, морський язик, кальмар, тилапія, прісноводна форель, консервований світлий тунець (включно зі скіпджеком), сиг, мерланг	Луфар, буйвол-риба, короп, чилійський морський окунь/патагонський зубань, групер, палтус, махі-махі/дорадо, монах-риба, морський окунь, чорна тріска, морський лящ, снапер, іспанська скумбрія, смугастий окунь (океанський), тилефіш (Атлантичний океан), тунець альбакор/білий тунець (консервований і свіжий/заморожений), жовтоперий тунець, слабка риба/морська форель, білий горбань/тихоокеанський горбань
	Варіанти, яких слід уникати (НАЙВИЩИЙ РІВЕНЬ РТУТІ)
	Королівська скумбрія, марлін, помаранчевий берікс, акула, риба-меч, тилефіш (Мексиканська затока), великоокий тунець
Як щодо риби, виловленої родиною чи друзями? Перевірте рекомендації стосовно риби та молюсків, щоб дізнатися, як часто ви можете безпечно їсти таку рибу. Якщо рекомендацій немає, обмежтеся однією порцією і не їжте іншої риби того тижня. До деяких видів риби, виловлених родиною та друзями, таких як великий короп, сом, форель і окунь, найімовірніше, стосуються рекомендації щодо ртуті чи інших забруднювачів.	
www.FDA.gov/fishadvice www.EPA.gov/fishadvice U.S. FOOD & DRUG ADMINISTRATION United States Environmental Protection Agency	

Продовження на стор. 20.

Поради щодо споживання риби

Для жінок репродуктивного віку, вагітних або тих, що годують грудьми,
та дітей віком від одного року до 11-ти

Продовження. Початок на стор. 19.



Згідно з дієтичними рекомендаціями для американців, риба – важлива частина здорового харчування

Дієтичні рекомендації для американців:

- щонайменше 8 унцій морепродуктів (менше для дітей) на тиждень на основі дієти на 2000 калорій;
- під час вагітності або годування грудьми споживайте від 8 до 12 унцій на тиждень різноманітних морепродуктів із низьким вмістом ртуті.



Споживання риби корисне для здоров'я

Споживання риби під час вагітності, згідно з помірними науковими доказами, сприяє когнітивному розвитку вашої дитини.

Доведено, що споживання риби підтримує здоров'я серця. Здорове харчування, що включає рибу, може мати й інші переваги. Згідно з помірними науковими доказами, моделі харчування з відносно більшою кількістю риби, а також інших продуктів включно з овочами, фруктами, бобовими, цільнозерновими продуктами, нежирними або знежиреними молочними продуктами, нежирним м'ясом та птицею, горіхами та ненасиченими рослинними оліями і меншою кількістю червоного та обробленого м'яса, солодких продуктів і напоїв, рафінованих зерен пов'язані з такими результатами:



- зміцнення кісток – зменшення ризику переломів стегна;



- зниження ризику надмірної ваги або ожиріння;



- зниження ризику раку товстої та прямої кишки.



Здорове харчування передбачає вибір продуктів з усіх груп харчування

Здорове харчування складається з продуктів з усіх груп (овочі, фрукти, злаки, молочні та білкові продукти включно з рибою), які вживаються в рекомендованих кількостях і в межах калорійних потреб. Воно включає продукти, які забезпечують вітаміни, мінерали та інші компоненти, що сприяють здоров'ю, і або мають мало, або взагалі не містять доданих цукрів, насичених жирів і натрію.

Вірусний гепатит В у дітей

Стандарт медичної допомоги

Інфекція вірусного гепатиту В (ВГВ) залишається глобальною проблемою громадського здоров'я через високі показники захворюваності та смертності. У більшості дітей перебіг хронічного ВГВ безсимптомний, однак існує ризик серйозних клінічних ускладнень протягом життя. Вчасно розпочате лікування ВГВ переважно гарантує високу якість і тривалість життя, а також запобігає розвиткові ускладнень печінки. Захворюваність на ВГВ у дітей після запровадження ВООЗ глобальної вакцинації проти гепатиту В знизилася у всьому світі, але досі є актуальною проблемою.

Всі пацієнти із ВГВ мають перебувати під постійним наглядом лікарів для оцінювання стану ураження печінки, активності ВГВ і потреби у лікуванні. Цей стандарт ґрунтується на останніх настановах щодо діагностики, скринінгу, оцінювання ризиків, попередження інфікування та лікування дітей із ВГВ.

Загальна частина

Діагноз: Вірусний гепатит В
Коди стану або захворювання відповідно до НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:
В16 Гострий гепатит В;
В18 Хронічний вірусний гепатит В;
В18.0 Хронічний вірусний гепатит В з дельта-агентом;
В18.1 Хронічний вірусний гепатит В без дельта-агента.

Розділ І. Охорона громадського здоров'я. Профілактика ВГВ

Положення стандарту. Попередження інфікування ВГВ сприятиме зменшенню нових випадків захворювання і зниженню частоти передачі інфекції в суспільстві.

Обґрунтування. Доведена ефективність профілактичного щеплення (три дози вакцини) і лікування вагітних, інфікованих ВГВ, у зниженні захворюваності та поширеності ВГВ. Первинна профілактика інфікування ВГВ полягає в інформуванні населення щодо проблеми ВГВ та дотриманні поведінки, яка передбачає утримання від контактів з рідинами організму іншої людини (кров, харкотиння з кров'ю, сперма, вагінальні виділення), застосовування бар'єрних контрацептивів (презервативи), користування засобами разового (шприци, голки, крапельні системи, гінекологічні оглядові дзеркала тощо) та індивідуального (зубні щітки, леза для гоління, контактні лінзи) використання, стерильним інструментом багаторазового використання (манікюрний, стоматологічний, хірургічний, лабораторний інструмент, інструмент для пірсингу і татуажу тощо).

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

- 1) Вакцинація від ВГВ проводиться відповідно до Календаря профілактичних щеплень (Календар), а також з урахуванням скринінгу (табл. 1).
- 2) Вакцинація від ВГВ проводиться всім пацієнтам перед початком хіміотерапії та гемодіалізу, якщо пацієнт має негативний результат до поверхневого антигену ВГВ (HBsAg), на антитіла до ядерного антигену ВГВ (анти-HBc), антитіла до HBsAg (анти-HBs).
- 3) Пацієнтам з антитілами до вірусу гепатиту D (ВГД) проводиться визначення рибонуклеїнової кислоти (РНК) ВГД.
- 4) Всі особи, які мали побутові контакти з ВГВ-інфікованою дитиною, мають пройти обстеження на наявність HBsAg, анти-HBs та анти-HBc із подальшою рекомендацією щодо проведення імунопрофілактики у разі відсутності антитіл до ВГВ.
- 5) Ревакцинація від ВГВ проводиться всім дітям перед початком хіміотерапії та гемодіалізу, якщо рівень анти-HBs <10 мМО/мл.
- 6) Пацієнтам із хронічним ВГВ (ХГВ), у яких відсутні антитіла до вірусу гепатиту А (анти-ВГА), проводиться вакцинація проти зазначеної інфекції відповідно до рекомендацій Календаря.
- 7) Рекомендовано підтримувати грудне вигодовування жінками із ВГВ-інфекцією за умови, що дитина отримала імунопрофілактику при народженні. За наявності тріщин або кровоточивості сосків рекомендовано тимчасово призупинити грудне вигодовування незалежно від вакцинального статусу дитини. Після вирішення цієї проблеми грудне вигодовування може бути повністю відновлене.

Бажані

- 8) Особам, про яких відсутня достовірна і підтверджена медичними записами інформація щодо проведеної вакцинації від ВГВ, проводиться визначення анти-HBs, за результатами якого ухвалюється рішення стосовно проведення вакцинації від ВГВ.
- 9) Якщо особи, що зазнали експозицію через шкіру та контакт з рідинами іншої особи, що можуть містити домішки крові HBsAg-позитивної особи, невакциновані або їхній вакцинальний статус невідомий, їм рекомендована вакцинація від ВГВ за екстреною схемою.

Розділ ІІ. Діагностика

Положення стандарту. Скринінг і діагностика на ВГВ мають охоплювати дітей та підлітків, які мають підвищений ризик інфікування ВГВ.

Обґрунтування. Розширення доступу до тестування дає змогу своєчасно виявити осіб із ХГВ та, за потреби, — вчасно розпочати лікування. Визначення показників аланінамінотрансферази (АЛТ) та дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК) ВГВ, оцінювання стадії фіброзу печінки мають ключове значення для моніторингу розвитку хвороби і ухвалення рішення щодо стратегії лікування, оцінювання його ефективності.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

- 1) Тестування на HBsAg проводиться один раз на рік дітям із групи високого ризику (панель 1).
- 2) Ультразвукова діагностика органів черевної порожнини (УЗД ОЧП) проводиться раз на шість місяців пацієнтам, які мають високий ризик розвитку гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) (ГЦК в анамнезі у членів сім'ї, мікст-інфекція ВГД+В, цироз печінки).
- 3) Пацієнтам з антитілами до ВГД проводиться визначення РНК ВГД.
- 4) Для пацієнтів із позитивним результатом тесту на HBsAg здійснюється поглиблене обстеження (панель 2).
- 5) Пацієнтам із вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), вірусом гепатиту С (ВГС), а також тим, що мають онкологічні захворювання та отримують імуносупресивну терапію, проводиться визначення HBsAg, анти-HBs та анти-HBc (табл. 2).
- 6) Діагноз встановлюється за результатами проведеного обстеження (табл. 1).
- 7) Для скринінгу наявності ВГВ-інфекції проводиться визначення HBsAg. Збереження HBsAg протягом понад шість місяців є критерієм ХГВ.
- 8) В осіб із ХГВ проводиться скринінг туберкульозу (ТБ) за наявності таких чотирьох симптомів: кашлю, лихоманки, втрати маси тіла або нічної пітливості, відповідно до галузевого Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз».
- 9) Верхньою межею норми (ВМН) для АЛТ слід вважати ВМН тієї лабораторії, в якій виконувалося тестування. Стійким нормальним (або підвищеним) показником АЛТ вважається результат на основі даних трьох визначень АЛТ нижче/вище ВМН, отриманих в довільні інтервали протягом 6-12 місяців або через попередньо визначені інтервали протягом 12-місячного періоду.
- 10) Всі пацієнти із цирозом спостерігаються у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу. У разі наявності у пацієнта цирозу печінки із портальною гіпертензією здійснюється оцінювання стану вен стравоходу методом езофагогастродуоденоскопії один раз на шість місяців та визначення альфа-фетопротеїну (АФП) раз на рік.

Бажані

- 11) За можливості для визначення стану печінки проводиться еластографія чи FibroTest.
- 12) Для пацієнтів, яким призначено лікування пегільованим інтерфероном (ПЕГ-ІНФ), для прогнозування відповіді на терапію проводиться визначення генотипу ВГВ.

Таблиця 1. Інтерпретація результатів скринінгу лабораторного обстеження					
Скринінг			Інтерпретація	Наступні кроки	Потреба у вакцинації
HBsAg	Анти-HBc	Анти-HBs			
+	+	-	Гострий або хронічний ВГВ	Подальше обстеження, за потреби – лікування або моніторинг	Ні
-	+	+	«Функціональне одужання» ВГВ-інфекція у минулому, одужання	Відсутні, окрім випадків, якщо пацієнт з імунодефіцитом або застосовує імуносупресивну терапію	Ні
-	+	-	ВГВ-інфекція у минулому, вилікувана або хибно-позитивний результат	Визначення ДНК ВГВ, якщо пацієнт з імунодефіцитом	Ні
-	-	+	Імунний	Відсутні	Ні
-	-	-	Неінфікований або неімунний	Відсутні	Так

Таблиця 2. Перебіг (фази) ВГВ-інфекції			
Фази	Серологічний статус HBeAg	Характеристика	Показання до лікування та моніторинг
HBeAg-позитивна хронічна ВГВ-інфекція (імунотолерантна)	HBeAg-позитивний	Етап, який спостерігається у багатьох HBeAg-позитивних дітей і молоді, може тривати 10-30 років після перинатального інфікування, HBsAg + понад 6 міс., HBeAg +, ДНК ВГВ >10 ⁷ МО/мл, АЛТ стійко нормальна або мінімально підвищена, немає або мінімальне запалення печінки, немає або повільне прогресування фіброзу і низька спонтанна втрата HBeAg	Лікування не показано
HBeAg-позитивний ХГВ (імунореактивна HBeAg-позитивний)	HBeAg-позитивний; може розвиватися анти-HBe	HBsAg + більше 6 міс., АЛТ > норми, HBeAg +, ДНК ВГВ >10 ⁴ -10 ⁷ МО/мл, гістологічно помірний або важкий некрозапальний процес в печінці, що призводить до прогресування фіброзу, сероконверсія щодо HBeAg (поява анти-HBe) можлива з нормалізацією АЛТ, яка призводить до фази «імунного контролю», може тривати від декількох тижнів до декількох років	Лікування може бути показано
HBeAg-негативна хронічна ВГВ-інфекція (неактивний носій)	HBeAg-негативний, анти-HBe-позитивний	Стійкий нормальний показник АЛТ ДНК ВГВ <2 000 МО/мл, анти-HBe + HBsAg (<1 000 МО/мл) Ризик цирозу і ГЦК знижений	Лікування не показано
HBeAg-негативний ХГВ	HBeAg-негативний	АЛТ > норми (постійно або періодично), ДНК ВГВ >2 000 МО/мл, HBeAg – анти-HBe +/- Високий ризик прогресування хвороби (фіброз/цироз)	Лікування показано
HBsAg-негативна фаза (окулярна ВГВ-інфекція)	HBeAg-негативний	HBsAg -, анти-HBe +, анти-HBsAg +/-, нормальний показник АЛТ; ДНК ВГВ не визначається або < 2 000 МО/мл; ДНК ВГВ (cccDNA) в тканині печінки +	Моніторинг HBsAg 1 раз в рік

Панель 1

Рекомендації щодо тестування на ВГВ

Кому рекомендовано тестування на ВГВ:

1. народженим у ВГВ, ВГС, ВІЛ-інфікованих матерів;

2. реципієнтам крові/тканин;

3. пацієнтам на гемодіалізі;

4. пацієнтам із підвищеним показником активності АЛТ нез’ясованої етіології, патологічними результатами УЗД ОЧП, цирозом печінки та ГЦК;

5. особам, які отримували втручання, пов’язані з контактом із кров’ю, у разі невпевненості щодо дотримання належних заходів інфекційного контролю;

6. особам, які споживали/споживають наркотики через ін’єкції;

7. ВІЛ-позитивним особам;

8. особам із ВГС;

9. особам, що перебували/перебувають в установах позбавлення волі впродовж останніх шести місяців;

10. особам, які мали/мають статевого партнера/побутові контакти з особою, інфікованою ВГВ;

11. членам родини і особам, що проживають спільно або мають сексуальні стосунки з особами, інфікованими ВГВ;

12. особам, що готуються до лікування онкологічного захворювання або імуносупресивної терапії, лікування методами біологічної терапії.

Панель 2

Перелік необхідних обстежень для пацієнтів із позитивним результатом обстеження на HBsAg

1.Обстеження на наявність HBeAg, анти-HBe методом імуноферментного аналізу (ІФА).

2.Визначення ДНК ВГВ – вірусне навантаження (в МО/л) кількісним методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

3.Обстеження на наявність антитіл до вірусних гепатитів методом ІФА:

• загальні антитіла до ВГД;

• антитіла до ВГА (IgG);

• антитіла до ВГС (IgG або сумарні антитіла).

4.Обстеження на ВІЛ.

5.Оцінювання наявності цирозу печінки із використанням калькулятора FIB-4, APRI та еластографії.

6.Загальний аналіз крові (ЗАК) включно з тромбоцитами, біохімічний аналіз крові (АЛТ, аспаратамінотрансфераза (АСТ), лужна фосфатаза, загальний білірубін, гама-глутамілтрансфераза, альбуміни, розрахунок протромбінового часу та міжнародного нормалізованого співвідношення).

7.УЗД ОЧП.

8.Оцінювання функцій нирок (визначення рівня креатиніну в сироватці крові і визначення рШКФ).

9.Фізикальне обстеження, під час якого увага спрямовується на клінічні симптоми цирозу печінки з метою його виключення: іктеричність склер, жовтяниця, зірчасті ангіоми (телеангіоектазії), долонна еритема, гінекомастія, гепатомегалія та спленомегалія, асцит, периферичні набряки тощо.

Розділ III. Лікування дітей

Положення стандарту. Перед початком лікування дитини з ВГВ їй доступно та чітко (зважаючи на її вік) та/або її опікунам слід пояснити переваги і ризики плану лікування, дотримуючись принципів гідності та поваги до людини, заохочуючи до активної участі в ухваленні рішень щодо процесу лікування. Остаточне рішення про початок лікування має ухвалювати сама дитина (зважаючи на її вік) або її законний представник, усвідомивши всі аспекти та індивідуальні обставини.

Обґрунтування. Пригнічення вірусної реплікації (як результат протівірусного лікування) дає змогу усунути некрозапальні зміни і прогресування фіброзу печінки, спричинені ВГВ, у переважної більшості пацієнтів, що, зі свого боку, зменшує ризик розвитку цирозу та ГЦК. Цього можна досягти, знизивши до невизначуваного рівня показники ДНК ВГВ. Усі пацієнти з ХГВ, незважаючи на поточну потребу в лікуванні, мають перебувати під постійним моніторингом щодо оцінювання стану ураження печінки, активності ВГВ і потреби у лікуванні.

Критерії якості медичної допомоги

- Обов’язкові
- 1) Кожен пацієнт оцінюється відповідно до критеріїв для початку лікування (панель 3). Особам, які відповідають критеріям, призначається лікування.

2) Для лікування ВГВ у дітей використовують ПЕГ-ІНФ, ентекавір (ЕТВ), тенофовіру дизопроксилу фумарат (ТДФ) та тенофовіру алафенамід (ТАФ) (табл. 3, панель 4).

3) Лікування ПЕГ-ІНФ тривалістю 48 тижнів рекомендоване як першочергове лікування для пацієнтів, що мають високі шанси сероконверсії щодо вірусного білка, який виявляють під час високореплікативної фази ВГВ (HBeAg), а також у разі супутнього інфікування ВГВ.

4) При лікуванні ПЕГ-ІНФ надається консультація щодо необхідності використання бар’єрних методів контрацепції під час лікування і протягом шести місяців після його завершення.

5) Пацієнтам, у яких призначення ПЕГ-ІНФ недоцільне, використовують для лікування ЕТВ, ТДФ або ТАФ.

6) ТАФ або ЕТВ мають перевагу над призначенням ТДФ у таких випадках:

• наявність захворювання кісток;

• лікування кортикостероїдами або іншими медикаментами, що спричиняють остеомаліцію;

• переломи кісток в анамнезі;

• остеопороз;

• наявність патології нирок;

• розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) <60 мл/хв/1,73 м²;

• альбумінурія >30 мг або помірна протеїнурія;

• низький рівень фосфатів (<0,8 ммоль/л);

• гемодіаліз.

7) ЕТВ має перевагу над призначенням ТАФ або ТДФ у таких випадках:

• показана наявність ВІЛ/ВГВ-коінфекції, коли через певні причини протипоказане лікування ВІЛ тенофовіровмісними схемами;

• пацієнтам із рШКФ <15 мл/хв/1,73 м², які не на гемодіалізі, ТАФ протипоказаний.

8) ТАФ має перевагу над призначенням ЕТВ або ТДФ, бо не потребує корекції дози при рШКФ ≥15 мл/хв.
- 9) ТДФ має перевагу над призначенням ТАФ або ЕТВ при необхідності призначення лікування вагітним або якщо потрібне лікування і у майбутньому можлива вагітність.
- 10) ТДФ або ТАФ мають перевагу над призначенням ЕТВ, коли пацієнт раніше отримував лікування ламівудином та передбачається або доведено розвиток резистентності до нього.
- 11) Особи, які не відповідають критеріям для початку лікування і не отримують лікування, та ті, хто його отримує, перебувають під моніторингом (табл. 4, 5).
- 12) Перед початком лікування пацієнти отримують інформацію щодо показань для лікування включно з наявністю ймовірних переваг і ризиків виникнення побічних реакцій, їм повідомляють про необхідність довготривалого/пожиттєвого лікування, проведення моніторингу і впродовж лікування, і після нього; їх інформують про важливість прихильності до лікування для отримання максимального ефекту та зниження ризику виникнення резистентності до лікарських засобів (ЛЗ).
- 13) Перед початком лікування у всіх пацієнтів оцінюють функцію нирок (рШКФ). У дітей для оцінювання ренальної функції рекомендовано використовувати формулу Schwartz або онлайн калькулятор <https://medicalc.pro/mdrd>.
- 14) Перед початком та в процесі лікування пацієнту надається інформація щодо необхідності відмови від вживання алкоголю, психоактивних речовин (ПАР) та оптимізації ваги.
- 15) Пацієнти отримують консультацію стосовно заходів, необхідних для попередження передачі вірусу іншим особам.
- 16) Припинення лікування нуклеозидними/нуклеотидними аналогами (НА) відбувається у випадках, визначених на панелі 5.
- 17) Лікування гострого гепатиту рекомендовано лише для пацієнтів, які мають ознаки коагулопатії (ВМН >1,5), жовтяницю >4 тижнів, енцефалопатію. Лікування проводиться із використанням НА. Рекомендована тривалість лікування становить три місяці після сероконверсії до анти-HBs або мінімум 12 місяців після сероконверсії до антитіл HBeAg (анти-HBe) без втрати HBsAg.
- 18) У разі виявлення хоча б одного із перелічених факторів (рШКФ <50 мл/хв; прогресуюче зниження функції нирок) у пацієнтів, що отримують терапію ТДФ, розглядається можливість призначення ТАФ. У разі відсутності можливості забезпечити лікування за цією схемою розглядається альтернатива – призначення ТДФ з корекцією дози (табл. 6) із проведенням ретельного моніторингу функції нирок.
- 19) Оцінити ефективність лікування (табл. 7).
- 20) У разі відсутності відповіді на лікування слід перевірити прихильність пацієнта до лікування.
- 21) Пацієнтам із компенсованим або декомпенсованим цирозом печінки негайно призначається лікування НА, незалежно від показників АЛТ і ДНК ВГВ. Лікування відбувається у спеціалізованих ЗОЗ із ретельним контролем щодо переносимості ЛЗ та контролем розвитку побічних реакцій, таких як лактацидоз чи дисфункція нирок.
- Продовження на стор. 24.
- Здоров’я України
- 23

Таблиця 3. Препарати, рекомендовані для лікування дітей	
Препарат	Дозування
Нуклеозидні/нуклеотидні аналоги	
ЕТВ ¹	0,015мг/кг 1 раз на день
ТДФ ²	Одна таблетка 1 раз на день
ТАФ ³	Одна таблетка 1 раз на день
Інтерферони	
ПЕГ-ІНФ-α-2а	180 мкг/1,73 м ² підшкірно 1 раз в тиждень
¹ Діти з масою тіла понад 30 кг мають отримувати 10 мл (0,5 мг) перорального розчину або одну таблетку 0,5 мг один раз на добу; ² 300 мг ТДФ еквівалентні 245 мг тенофовіру дизопроксилу або 136 мг тенофовіру; ³ 25 мг ТАФ.	

Панель 3

Пацієнти, що відповідають критеріям для початку лікування:

- всі пацієнти із компенсованим або декомпенсованим цирозом печінки незалежно від показників АЛТ, наявності/відсутності HBeAg чи концентрації ДНК ВГВ в сироватці крові;
- всі пацієнти із концентрацією ДНК ВГВ ≥2 000 МО/мл, незалежно від HBeAg-статусу, АЛТ > норми та стадії фіброзу печінки ≥ F2 за METAVIR;
- ДНК ВГВ ≥20 000 МО/мл, АЛТ ≥1,5 норми (або >60 Од/л) протягом шести місяців для HBeAg-позитивних пацієнтів та 12 місяців у HBeAg-негативних пацієнтів незалежно від стадії фіброзу, щоб уникнути лікування пацієнтів, у яких відбувається спонтанна сероконверсія;
- пацієнти з HBeAg-позитивним або HBeAg-негативним статусом, з випадками ГЦК у родині або цирозом та позапечінковими проявами;
- всі пацієнти з позитивними анти-HBc, які отримуватимуть/або отримують імуносупресивну або цитотоксичну терапію;
- всі пацієнти з гломерулонефритом, коінфекцією ВГД, ВГС, ВІЛ, навіть якщо показники АЛТ, ДНК ВГВ, ступінь фіброзу не відповідають критеріям лікування, які перераховані вище;
- всі пацієнти з коінфекцією ВГВ/ВГС отримують лікування відповідно до чинного галузевого стандарту лікування ВГС.

Яким пацієнтам не рекомендоване лікування:

- дітям без клінічних ознак цирозу незалежно від статусу HBeAg, для яких виконуються всі перелічені умови: а) стійкий нормальний показник АЛТ; б) концентрація ДНК ВГВ <2 000 МО/мл;
- із HBeAg-позитивною, HBeAg-негативною хронічною інфекцією.

Панель 4

Рекомендації щодо вибору лікування дітей із ХГВ

- Вік дитини <12 років
В лікуванні ХГВ у дітей до 12-річного віку використовують ПЕГ-ІНФ-α-2а із трьох років і ЕТВ з двох років життя (при вазі ≥10 кг).
- Вік дитини ≥12 років
В лікуванні дітей старших 12 років використовують ПЕГ-ІНФ-α-2а, ЕТВ, ТДФ та ТАФ.

Таблиця 4. Моніторинг пацієнтів, які отримують лікування із використанням ПЕГ-ІНФ	
Показники, що підлягають моніторингу	Тижні лікування/після лікування
Оцінювання загального стану*	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48/12, 24
ЗАК із формулою	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48/12, 24
Загальний аналіз сечі (білок, глюкоза)	12, 24, 36, 48/24, 48
АЛТ, білірубін (загальний прямий), креатинін, глюкоза крові	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48/12, 24
Тиреотропний гормон (ТТГ)	12, 24, 48/24, 48
ДНК ВГВ кількісний, HBsAg	24, 48/24, 48
УЗД ОЧП (АФП)	24, 48/кожні 6 міс.
*Моніторинг загального стану пацієнтів, що отримують ПЕГ-ІНФ, включає моніторинг техніки ін'єкцій, маси тіла, зросту, артеріальний тиск.	

Таблиця 5. Моніторинг пацієнтів без цирозу печінки та з компенсованим цирозом печінки, які отримують лікування НА	
Період	Категорія пацієнтів та вид обстеження
Кожні 3 міс. протягом першого року, далі 1 раз на 6 міс. при стійких нормальних показниках	Моніторинг ниркової функції: концентрації креатиніну (рШКФ), неорганічного фосфору в сироватці крові; частота моніторингу збільшується для пацієнтів, у яких кліренс креатиніну <60 мл/хв або концентрація неорганічного фосфору в сироватці крові <2 мг/мл
Кожні 3-4 міс. протягом першого року та кожні 6 міс. надалі	Печінкові проби та визначення ДНК ВГВ
Кожні 12 міс.	HBsAg, якщо ДНК ВГВ не визначається, HBeAg, анти-HBeAg, APRI, FIB-4, еластографія
Після досягнення кліренсу HBsAg	Анти-HBc, для пацієнтів, які досягли кліренсу HBsAg
Кожні 6 міс.	УЗД ОЧП, АФП в межах моніторингу ГЦК у людей із цирозом або із ГЦК у сімейному анамнезі

Вірусний гепатит В у дітей

Стандарт медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 22.

Панель 5

I. Критерії для припинення лікування НА

- 1.Лікування НА припиняється після підтвердженого зникнення HBsAg з/без сероконверсії.
- 2.Припинення лікування НА може розглядатися виключно в осіб, які відповідають усім зазначеним нижче критеріям:
 - без клінічних проявів цирозу, які можуть бути тривалий час під ретельним спостереженням щодо реактивації ВГВ;
 - якщо є докази втрати HBeAg і сероконверсії до анти-HBe в осіб, які спочатку були HBeAg-позитивними після завершення принаймні одного додаткового року лікування в зв'язку зі стійко нормальними показниками АЛТ, у яких не виявляється ДНК ВГВ (якщо тестування доступне).
- 3.Припинення лікування деяких HBeAg-негативних пацієнтів, які не мають цирозу та які досягли тривалого (≥3 роки) вірусологічного пригнічення внаслідок застосування НА, може бути розглянуто за умови забезпечення постійного моніторингу. Після припинення терапії НА може виникнути рецидив. Відновлення лікування рекомендовано за наявності послідовних ознак реактивації вірусу:
 - статус HBsAg або HBeAg стає позитивним;
 - підвищується показник АЛТ або знову визначається ДНК ВГВ.

II. Припинення лікування ПЕГ-ІНФ розглядається у разі виникнення важких побічних реакцій відповідно до інструкції

Таблиця 6. Рекомендоване дозування ТДФ у дітей із порушеннями функції нирок				
Рекомендоване зниження дози або інтервал дозування				
Препарат	Кліренс креатиніну (мл/хв)*			
	≥50	30-49	10-29	<10, гемодіаліз або БАПД
ТДФ	Одна таблетка 300 мг кожні 24 год.	Одна таблетка 300 мг кожні 48 год.	Одна таблетка 300 мг кожні 72-96 год.	Кожні 7 днів або одна таблетка 300 мг приблизно через 12 год. після завершення діалізу
* Безперервний амбулаторний перитонеальний діаліз (БАПД). а300 мг ТДФ еквівалентно 245 мг тенофовіру дизопроксилу або 136 мг тенофовіру.				

Таблиця 7. Оцінювання відповіді на лікування у дітей (за допомогою біохімічних, імунологічних, молекулярно-біологічних методів дослідження)	
Термін	Визначення
Наявна вірусологічна відповідь	Терапія НА: не визначається ДНК ВГВ у сироватці (<10 МО/мл) на 3-6 міс. лікування Терапія ПЕГ-ІНФ: концентрація ДНК ВГВ <2 000 МО/мл через 6 міс. і в кінці лікування
Стійка вірусологічна відповідь	Вірусологічна відповідь, що зберігається принаймні протягом 12 міс. після припинення лікування
Первинна відсутність вірусологічної відповіді	Зниження концентрації ДНК ВГВ менше ніж на 1 Log10 після 3-го міс. лікування
Часткова вірусологічна відповідь	Зниження концентрації ДНК ВГВ у сироватці більше ніж на 1 Log10 МО/мл, але ДНК ВГВ визначається в сироватці крові після 12 міс. лікування
Вірусологічний прорив	Підвищення концентрації ДНК ВГВ у сироватці крові більше ніж на 1 Log10 МО/мл під час терапії або після досягнення вірусологічної відповіді
Імунологічна відповідь для HBeAg-позитивних пацієнтів	Зниження кількості HBeAg та поява анти-HBe
Імунологічна відповідь для HBsAg (всі пацієнти)	Зниження кількості HBsAg та поява анти-HBsAg
Біохімічна відповідь*	Нормалізація показника АЛТ
* Показник АЛТ є складним для оцінювання параметром, оскільки може значно коливатися протягом тривалого часу і залишатися підвищеним до 6-12 міс. після сероконверсії. Тому необхідно проводити моніторинг показників АЛТ що три місяці впродовж першого року після лікування і кожні 6 міс. впродовж другого року після лікування в одній і тій самій лабораторії із використанням одного і того самого методу дослідження.	

Затверджено наказом МОЗ України 27 січня 2025 р. № 165
Перегляд стандарту медичної допомоги заплановано на 2026 р.

Текст адаптовано і уніфіковано відповідно до стандартів
Тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України».
Повний текст за посиланням:
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/01/smd_virusnyi-gepatyt-v-u-ditei.pdf



4 березня — Всесвітній день боротьби з ожирінням



Ожиріння — це фактор схильності до розвитку цукрового діабету 2-го типу, серцево-судинних захворювань, інсульту, ураження суглобів і деяких видів раку, а, крім того, воно негативно впливає на загальне самопочуття. Поширеність ускладнень, спричинених ожирінням, як-от дисліпідемія, гіпертензія, жирове переродження печінки і психосоціальна стигматизація, зростає дедалі більше і в дорослих, і в дітей. 4 березня — Всесвітній день боротьби з ожирінням. Ця дата нагадує нам про ризики для здоров'я, які становить надлишкова маса тіла, а також про необхідність формувати здорові харчові звички на всіх етапах життя.

Ожиріння — хвороба, яка потребує діагностики та лікування

59% українців мають надлишкову масу тіла, а 24,8% — ожиріння. Про це свідчать результати дослідження поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 р. (STEPS).

За даними першого в Україні дослідження поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння серед дітей молодшого шкільного віку, проведеного в межах Європейської ініціативи BOO3 (COSI), частка українських дітей віком 6-8 років із надлишковою масою становить 22,96%, з них 9,13% мають ожиріння, а 2,63% — тяжке ожиріння.

Важливим є вирішення проблеми дитячого ожиріння на ранніх стадіях, щоб запобігти появі ускладнень у майбутньому.

Основні фактори розвитку ожиріння — нездорове харчування і низький рівень рухової активності

В Україні середній рівень споживання солі та цукру значно перевищує рекомендовані норми, тоді як овочів і фруктів у раціоні дорослих і дітей менше, ніж потрібно: лише по 1,3 та 1,5 порції відповідно замість рекомендованих п'яти (дані за результатами опитування, проведеного Центром громадського здоров'я у 2023 р.).

Лише 55,3% дітей щодня їдять свіжі фрукти, а овочі — тільки 41,4%. Також опитування серед батьків у межах дослідження COSI показало, що 20,3% дітей щодня споживають солодкі напої, а 17,8% — солодощі (печиво, торти, десерти).

Згідно з результатами досліджень STEPS, фізична активність десятої частки дорослого населення України не відповідає рекомендаціям BOO3 щодо фізичної активності для здоров'я.

Поради для пацієнта

Як визначити, чи є надлишкова маса тіла

- **Розрахунок індексу маси тіла (ІМТ):**

маса (кг) / зріст × зріст (м²).

Якщо показник ≥ 25 кг/м² — це надлишкова маса тіла, понад ≥ 30 — ожиріння. У дітей для виявлення ожиріння вагу порівнюють із віком, що відображає зміну складу тіла під час фізичного розвитку.

- **Вимірювання окружності талії:**

якщо окружність талії (ОТ) перевищує 94 см у чоловіків та 80 см у жінок — це сигнал про підвищений ризик появи хвороб, а 102 см та 88 см відповідно — дуже високий ризик.

Якщо є сумніви щодо маси тіла, варто звернутися до сімейного лікаря.

Фахівець, окрім ІМТ, аналізує розподіл жирової тканини, склад тіла, рівень цукру та холестерину, а також артеріальний тиск. Це допомагає виявити можливі ризики для здоров'я та отримати персональні рекомендації щодо харчування і способу життя.

Як підтримати здорову масу тіла та уникнути ожиріння

Здорове харчування:

- уникайте надмірної кількості солі, цукру та трансжирів. Останні здатні підвищувати ризик розвитку серцево-судинних захворювань і сприяти збільшенню маси тіла. Трансжири входять до складу



маргаринів і спредів, випічки промислового виробництва та фастфуду;

- споживайте більше овочів, фруктів, цільнозернових продуктів і білкової їжі;
- корисним орієнтиром є так звана тарілка здорового харчування: пів тарілки — овочі та фрукти, чверть — цільнозернові продукти (каші, цільнозерновий хліб), чверть — білкові продукти (м'ясо, риба, яйця, бобові);
- контролюйте розмір порцій: їжте усвідомлено, не переїдайте, не відволікайтеся на телевизор чи гаджети під час споживання їжі.

Фізична активність: щодня хоча б 30 хв витрачайте на рухову активність.

Пийте достатньо води: уникайте солодких напоїв, натомість обирайте чисту воду. Для дорослих рекомендований

об'єм — 2-3 л води на день (включно з водою, яка міститься в їжі).

Режим сну: якісний сон допомагає регулювати обмін речовин і зменшує ризик набирання ваги.

Здорове середовище вдома: готуйте корисні страви, залучайте сім'ю до активного способу життя.

Щоб уникнути формування шкідливих харчових звичок, важливо дотримуватися збалансованого харчування, яке відповідатиме потребам організму на різних етапах життя. Збалансований раціон позитивно впливає не лише на масу тіла, а й на загальне самопочуття, рівень енергії та роботу мозку.

Рухова активність — ключовий фактор у підтриманні здорової маси тіла

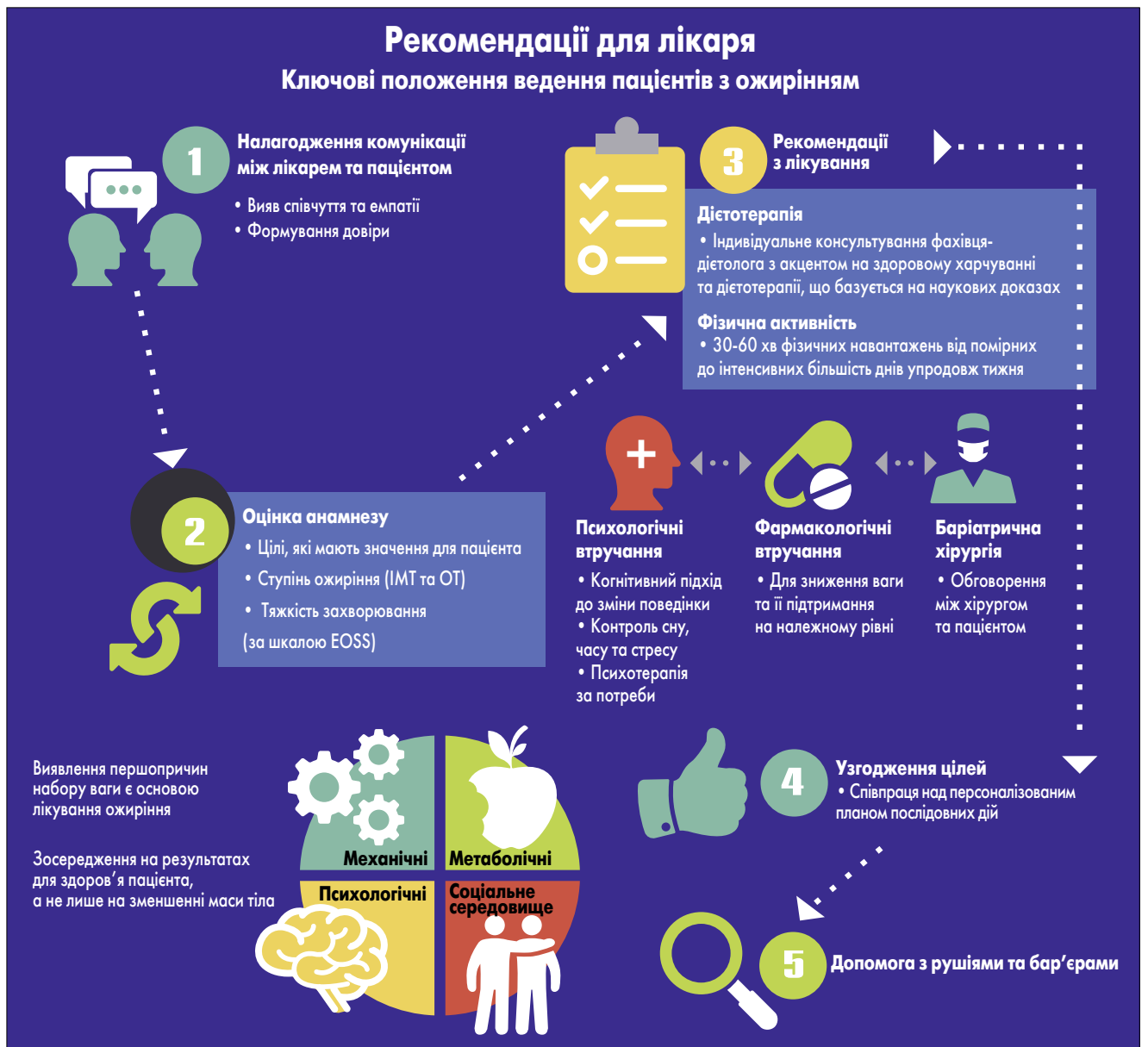
BOO3 рекомендує дорослим витрачати на рухову активність щонайменше 150 хв на тиждень, а дітям — 60 хв на день.

Види вправ для різних вікових груп:

- **діти та підлітки (5-17 років):** активні ігри, біг, плавання, велосипед, командні види спорту (футбол, баскетбол), стрибки зі скакалкою;
- **дорослі (18-64 роки):** щоденні прогулянки, плавання, біг, танці, йога, силові вправи (віджимання, присідання, планка), катання на велосипеді;
- **літні люди (65+ років):** ходьба, йога, розтяжка, легкі силові вправи для підтримання м'язової маси, вправи на рівновагу.

Основною причиною ожиріння та зайвої ваги вчені вважають енергетичний дисбаланс між споживаними і витраченими калоріями. Для профілактики розвитку зайвої ваги кожна людина може дотримуватися кількох простих звичок, які допоможуть контролювати вагу. **Здоровий спосіб життя — це не дієта вряди-годи, а тривала турбота про своє здоров'я. Формуйте корисні звички змалку, дбайте про своє харчування та більше рухайтесь!**

За матеріалами <https://phc.org.ua>,
Медична газета «Здоров'я України»



КНИГА «НОТАТКИ ФАХІВЦЯ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ»

РЕЙТИНГ ★★★★★

Нотатки фахівця
з інфекційного
контролю



ЗАМОВИТИ КНИГУ
[HEALTH-UA.COM/LANDING/BOOK](https://health-ua.com/landing/book)

СКАНУЙ



СКАНУЙ

СКАНУЙ

СКАНУЙ

Щоб бути хорошим лікарем, треба передусім бути доброю людиною, мати серце, сповнене справжньої чуйності і душевної щирості. Тим більше, коли йдеться про дітей. Адже це – особливий об'єкт наших турбот.

В.М. Сідельников

