

№ 1 (82) 2026 р.
12 750 примірників*
Передплатний індекс 37638



Педіатрія



Доктор медичних наук

Тетяна Уманець

Взаємозв'язок гострих респіраторних інфекцій та atopічних захворювань у дітей: патогенетичні механізми і підходи до лікування

Читайте на сторінці 7

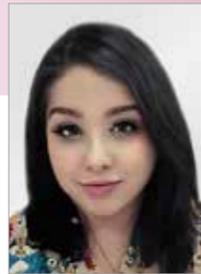


Кандидат медичних наук

Федір Лапів

Оновлений календар щеплень: що змінилося для лікаря-практика

Читайте на сторінці 5



Дитячий лікар-отоларинголог

Галина Ярецька

Захворювання вуха в педіатричній практиці: від скринінгу слуху до тактики ведення отитів

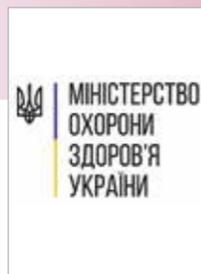
Читайте на сторінці 13



Аспекти діагностики

Скринінг цукрового діабету першого типу в загальній популяції: за результатами дослідження ELSA

Читайте на сторінці 9



Стандарт медичної допомоги

Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями

Читайте на сторінці 23

Ніксар®

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

АЛЕРГІЯ ПІД КОНТРОЛЕМ^{2,3}

Ніксар 10 мг з 6 до 11 років^{2*}

Ніксар 20 мг з 12-ти років³



24 години доведена ефективність^{2,3}



1 таблетка на добу^{2*,3}



Швидкий початок дії⁴

Інформація про лікарські засоби для медичних та фармацевтичних працівників. Перед застосуванням НІКСАР®, НІКСАР® 10 МГ, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом чинної інструкції для медичного застосування. Для отримання додаткової інформації про продукт, включаючи повний перелік побічних ефектів, протипоказань і особливостей застосування.

Скорочена інструкція для медичного застосування³ **Склад:** діюча речовина: 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластину 10 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) і кропив'янки. Лікарський засіб Ніксар® 10 мг показаний дітям віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20кг. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компоненту препарату. **Спосіб застосування та дози.** Таблетку покласти в порожнину рота, де вона швидко диспергується у слині або диспергувати у воді перед застосуванням. 1 таблетка 1 раз на добу за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі або фруктового соку. Тривалість лікування: алергічний ринокон'юнктивіт - тільки в період контакту з алергенами; сезонний алергічний риніт - лікування можна припинити після пом'якшення симптомів та поновлювати після їх повернення; цілорічний алергічний риніт - безперервно застосовувати впродовж періоду контакту з алергенами; кропив'янка - залежить від характеру, тривалості та динаміки симптомів. Дані щодо застосування біластину вагітним жінкам відсутні або обмежені. **Побічні реакції.** Часто: риніт, головний біль, алергічний кон'юнктивіт, біль у животі/біль у верхньому відділі живота, сонливість. Категорія відпуску: за рецептом.

Скорочена інструкція для медичного застосування³ **Склад:** 1 таблетка містить біластину 20 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компоненту препарату. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям від 12 років: 1 таблетка 1 раз на добу за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі або фруктового соку. Таблетки запивати водою. Тривалість лікування: алергічний ринокон'юнктивіт - тільки в період контакту з алергенами; сезонний алергічний риніт - лікування можна припинити після пом'якшення симптомів та поновити після їх повернення; цілорічний алергічний риніт - безперервно застосовувати впродовж періоду контакту з алергенами; кропив'янка - залежить від характеру, тривалості та динаміки симптомів. Дані щодо застосування біластину вагітним жінкам відсутні або обмежені. **Побічні реакції.** Часто: сонливість, головний біль. Категорія відпуску: без рецепту.

У пацієнтів з помірним або тяжким порушенням функції нирок одночасне застосування біластину з інгібіторами Р-глікопротеїну, такими, наприклад, як кетоконазол, еритроміцин, циклоспорин, ритонавір або диліазем, може призводити до підвищення рівня біластину в плазмі та, отже, до збільшення ризику виникнення побічних реакцій. Тому пацієнтам із помірним або тяжким порушенням функції нирок слід уникати одночасного застосування біластину та інгібіторів Р-глікопротеїну³.

1. Перелік оригінальних (інноваційних) лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, станом на 05.08.2025 <https://www.dec.gov.ua/announcement/publikuyemo-onovljenj-proyekt-pereleku-oryginalnyh-innovatsijnih-likarskyh-zasobiv-zarejestrovanyh-v-ukrayini-stanom-na-09-04-2025-ta-vklyuchenyh-do-nacjonalnogo-pereleku-osnovnyh-likarskyh-zasob/> (останній доступ: 09.2025). 2. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар® 10 МГ, дата останнього перегляду 18.10.2023 РП UA/13866/02/01 3. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар® дата останнього перегляду 20.02.2025 РП №UA/13866/01/01 4. Horak F, Ziegelmayer P, Ziegelmayer R, Lemell P. The effects of bilastine compared with cetirizine, fexofenadine, and placebo on allergen-induced nasal and ocular symptoms in patients exposed to aeroallergen in the Vienna Challenge Chamber. Inflamm Res. 2010;59(5):391-398. *з масою тіла не менше 20 кг.

UA-NIX-04-2025_V1_Press. Затверджено 11.09.2025

Адреса представництва «Берлін-Хемі /А. Менаріні Україна ГмБХ»: Київ, 02098, вул. Березняківська, 29.
Тел.: (044) 494-33-88 E-mail: berlin-chemie@menarini.com.ua



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ВАКСНЬЮВАНС ЗАБЕЗПЕЧУЄ ПІДТВЕРДЖЕНУ ІМУНОГЕННІСТЬ ТА ШИРОКИЙ СПЕКТР ЗАХИСТУ¹



Вакснюванс призначається за схемою 2 + 1

Первинна вакцинація двома дозами з наступною бустерною дозою



ДОЗА 1

у віці 6 тижнів



ДОЗА 2

через 8 тижнів



ДОЗА 3

у віці від 11 до 15 місяців

Інформація щодо інших режимів дозування міститься у повній інструкції для медичного застосування

Розпочніть вакцинацію педіатричних пацієнтів вже сьогодні!

ВАКСНЬЮВАНС – педіатрична вакцина, показана для активної імунізації з метою профілактики інвазивних захворювань, пневмонії та гострого середнього отиту, спричинених *Streptococcus pneumoniae*, у немовлят, дітей і підлітків віком від 6 тижнів до 18 років та активної імунізації з метою профілактики інвазивного пневмококового захворювання і пневмонії в осіб віком 18 років і старших

¹Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Вакснюванс РП UA/20539/01/01.

Показання. Вакснюванс – це пневмококова полісахаридна кон'югована (15-валентна, адсорбована) вакцина, показана для активної імунізації з метою профілактики інвазивних захворювань, пневмонії та гострого середнього отиту, спричинених *Streptococcus pneumoniae* серотипів 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F та 33F, у немовлят, дітей і підлітків віком від 6 тижнів до 18 років та активної імунізації з метою профілактики інвазивних захворювань і пневмонії, спричинених *Streptococcus pneumoniae* серотипами 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F та 33F, в осіб віком 18 років і старших. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючих речовин, до будь-якої із допоміжних речовин, перелічених у розділі «Склад», або до будь-якої вакцини, що містить дифтерійний анатоксин. **Спосіб застосування та дози.** Введення 0,5 мл суспензії у попередньо наповненому шприці шляхом внутрішньом'язової ін'єкції. Бажаним місцем введення є передньолатеральна ділянка стегна у немовлят або дельтоподібний м'яз плеча у дітей та дорослих. Дані про внутрішньокірне введення немає. Вакцину Вакснюванс не можна вводити внутрішньосудинно. **Схема планової вакцинації немовлят і дітей віком від 6 тижнів до 2 років.** Первинна вакцинація двома дозами з наступною бустерною дозою: рекомендована схема імунізації складається з трьох доз вакцини Вакснюванс, кожна по 0,5 мл. Перша доза вводиться у віці 6 тижнів, друга доза – через 8 тижнів. Третю (бустерну) дозу рекомендовано вводити у віці від 11 до 15 місяців. Первинна вакцинація трьома дозами з наступною бустерною дозою: схема імунізації, що складається з чотирьох доз вакцини Вакснюванс, кожна по 0,5 мл. Ця первинна вакцинація складається з трьох доз, перша доза вводиться вже у віці 6 тижнів, з інтервалом від 4 до 8 тижнів між дозами в первинній вакцинації. Четверту (бустерну) дозу рекомендовано вводити у віці від 11 до 15 місяців і щонайменше через 2 місяці після третьої дози. **Недоношені немовлята (гестаційний вік < 37 тижнів при народженні).** Рекомендована схема імунізації складається з трьох доз первинної вакцинації Вакснюванс із подальшим введенням четвертої (бустерної) дози, кожна по 0,5 мл, відповідно до первинної вакцинації трьома дозами з подальшим введенням бустерної дози. Попередня вакцинація іншою пневмококовою кон'югованою вакциною – можна перейти на вакцину Вакснюванс у будь-який момент схеми. **Схема наздоганяючої вакцинації для дітей віком від 7 місяців до 18 років.** Невакциновані немовлята віком від 7 до 12 місяців: 3 дози, кожна по 0,5 мл, з інтервалом між першими двома дозами щонайменше 4 тижні. Третю (бустерну) дозу рекомендовано вводити після 12-місячного віку, з інтервалом після другої дози щонайменше 2 місяці. Невакциновані діти віком від 12 місяців до 2 років: 2 дози, кожна по 0,5 мл, з інтервалом 2 місяці між дозами. Невакциновані або не повністю вакциновані діти та підлітки віком від 2 до 18 років: 1 доза (0,5 мл). Якщо раніше вводилася пневмококова кон'югована вакцина, перед введенням вакцини Вакснюванс має минути щонайменше 2 місяці. **Схема наздоганяючої вакцинації для осіб віком 18 років і старших.** 1 доза (0,5 мл). Необхідність ревакцинації наступною дозою вакцини Вакснюванс не встановлена. **Найбільш часті/клінічно значущі небажані явища.** Частота побічних реакцій встановлена як: дуже часто ($\geq 1/10$): сонливість, зниження апетиту, біль у місці ін'єкції, пірексія $\geq 39^\circ\text{C}$, збудливість, набряк, еритема та затвердіння в місці ін'єкції; часто ($\geq 1/100$ до $< 1/10$): блювання, висип, кропив'янка, синець/гематома у місці ін'єкції, пірексія $\geq 40^\circ\text{C}$. Більшість побічних реакцій, про які повідомлялося у клінічних дослідженнях, були легкими (за інтенсивністю або розміром) і короткотривалими (≤ 3 дні); тяжкі реакції (визначені як явище, що перешкоджає нормальної повсякденній активності, або розмір реакції у місці ін'єкції > 10 см) виникали у $\leq 1,5\%$ дорослих протягом усієї клінічної програми. **Відповідні заходи безпеки/особливі вказівки.** Потенційний ризик виникнення алергічної реакції та необхідність моніторингу дихання протягом 48-72 годин слід враховувати під час проведення первинної імунізації глибоко недоношеним немовлятам (народженням ≤ 28 тижнів гестації) і особливо тим, у кого в анамнезі була незрілість дихальної системи. Оскільки користь від вакцинації у цій групі немовлят є високою, вакцинацію здебільшого не слід відмінити або відкласти. Особи з ослабленим імунітетом внаслідок застосування імуносупресивної терапії, генетичних дефектів, ВІЛ-інфекції або з інших причин можуть мати знижену відповідь антитіл на активну імунізацію. Вакцинацію слід відкласти особам, у яких відзначається тяжке гостре фебрильне захворювання або гостра інфекція. Наявність легкої інфекції та/або незначного підвищення температури тіла не є протипоказанням до вакцинації. Як і у разі застосування всіх ін'єкційних вакцин, слід забезпечити набір відповідних лікарських засобів і нагляд на випадок розвитку рідкісних анафілактичних реакцій після введення вакцини. Вакснюванс може не захистити всіх реципієнтів. Вакцина Вакснюванс захищає лише від серотипів *Streptococcus pneumoniae*, включених до складу вакцини. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** **Немовлята і діти віком від 6 тижнів до 2 років.** Вакцину Вакснюванс можна вводити одночасно з будь-якими із цих вакцинних антигенів як у формі моновалентних, так і комбінованих вакцин: для профілактики дифтерії, правця, кашлюка, поліомієліту (серотипи 1, 2 і 3), гепатиту А, гепатиту В, *Haemophilus influenzae* типу b, кору, паротиту, краснухи, вітряної віспи, а також з вакциною для профілактики ротавірусної інфекції. **Діти та підлітки віком від 2 до 18 років.** Дані щодо одночасного застосування вакцини Вакснюванс з іншими вакцинами немає. **Дорослі.** Вакцину Вакснюванс можна вводити одночасно із сезонною чотиривалентною вакциною для профілактики грипу (розщеплений вірус, інактивована). Немає даних щодо одночасного застосування вакцини Вакснюванс з іншими вакцинами. Імуносупресивна терапія може знизити імунну відповідь на вакцину. Прийом антипіретиків одночасно або в той самий день після вакцинації може знизити імунну відповідь після вакцинації немовлят. Різні ін'єкційні вакцини завжди слід вводити в різні місця ін'єкції. **Інформація щодо застосування особливими групами населення. Вагітність.** Досвід застосування вакцини Вакснюванс вагітним жінкам обмежений і розглядається лише тоді, коли потенційна користь переважає будь-який потенційний ризик для матері та плода. **Годування грудьми.** Невідомо, чи виділяється вакцина Вакснюванс у грудне молоко. **Фертильність.** Дані щодо впливу вакцини Вакснюванс на фертильність у людини немає. Як і інші внутрішньом'язові ін'єкції, вакцину слід з обережністю вводити особам, які отримують антикоагулянтну терапію, або особам із тромбоцитопенією чи будь-яким порушенням згортання крові, таким як гемофілія. Після внутрішньом'язового введення у таких осіб можуть виникати кровотечі або синці. Реєстраційне посвідчення № UA/20539/01/01.

Перед призначенням лікарського засобу ознайомтеся із чинною інструкцією для медичного застосування. Компанія MSD не рекомендує застосування лікарських засобів інакше, ніж це передбачено в чинній інструкції для медичного застосування. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Вакснюванс. Реєстраційне посвідчення № UA/20539/01/01. Щоб повідомити про небажані явища при застосуванні лікарських засобів компанії MSD, зателефонуйте за номером +38 044 393 74 80 або напишіть на адресу dproc.ukraine.cis@msd.com. Якщо виникли питання щодо медичної інформації про продукцію компанії MSD, напишіть на адресу dproc.ukraine.cis@msd.com.

Вакцинація: подолання міфів і стратегія зниження онкологічного та інфекційного ризиків

Незважаючи на безпечність імунопрофілактики, серед лікарів зберігаються розбіжності щодо тактики вакцинації та ведення дітей. Для розв'язання цих питань 7 лютого 2026 р. відбувся онлайн-майстерклас «RedSMART Вакцинація», під час якого експерти Української академії педіатричних спеціальностей обгрунтували сучасні клінічні підходи до найскладніших аспектів імунації.



Марина Євгеніївна Маєнко, доктор медичних наук, професор факультету охорони здоров'я, соціальної роботи та психології Національного університету «Києво-Могилянська академія», голова правління ГС «Українська академія педіатричних спеціальностей», представила доповідь «Міфи про вакцинацію: чому не вмирають старі та народжуються нові».

Чим вищий рівень охоплення вакцинацією, тим менш помітними стають інфекційні захворювання в популяції, що закономірно зміщує суспільний фокус зі страху перед хворобою на занепокоєння щодо можливих ризиків медичних втручань (MacDonald N.E. et al., 2015). Історично формування міфів про вакцинацію відбувалося на тлі паралельного зростання кількості вакцинованих осіб і частоти діагностики окремих соматичних захворювань, що створювало хибне уявлення про причинно-наслідковий зв'язок. Насправді ці процеси є незалежними: покращення якості медичної допомоги і зниження смертності сприяють збільшенню тривалості життя і, відповідно, виявленню неінфекційних хвороб, тоді як вакцинація безпосередньо запобігає розвитку потенційно смертельних інфекцій. Запровадження масових програм імунопрофілактики супроводжувалося різким зниженням захворюваності на поліомієліт, кір, краснуху, дифтерію, паротит та інші інфекції і, що парадоксально, сприяло появі сумнівів у необхідності щеплень проти «рідкісних» хвороб. Унаслідок цього зменшення циркуляції збудників формує ілюзію відсутності загрози, а зростання кількості відмов від вакцинації створює передумови для повторного поширення патогенів, які тривалий час не викликали спалахів.

Також важливим аспектом є різноманітність ставлення пацієнтів до вакцинації. Виділяють її прихильників; вакциносприйнятливих осіб; пацієнтів, що вагаються; вибіркових прихильників; тих, що зволікають, і стійких противників щеплень (Turner P.J. et al., 2021). Найбільш уразливою групою щодо впливу дезінформації є пацієнти, які вагаються, оскільки їхні рішення часто формуються під впливом фейків, надлишку суперечливої інформації та емоційно забарвлених повідомлень. Їм потрібно наводити чіткі, доказові та нейтральні пояснення без ретрансляції популярних міфів.

Наукові дані свідчать про високу кумулятивну безпеку вакцин, підтверджену великими когортними дослідженнями, системами фармаконагляду (VAERS, VSD, EudraVigilance) та порівняльним аналізом календарів щеплень у різних країнах. Сучасні вакцини містять значно меншу кількість антигенів порівняно з препаратами попередніх десятиліть, тоді як імунна система дитини щоденно контактує з тисячами антигенів із навколишнього середовища (Offit P.A. et al., 2002).

Імунопрофілактика ВПЛ як стратегія онкологічної превенції

Вакцинація проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) залишається одним із ключових напрямів сучасної імунопрофілактики, водночас її впровадження супроводжується появою нових міфів і дискусій, що стосуються впливу на фертильність, віку проведення щеплення, доцільності гендерно нейтральної вакцинації та можливого зв'язку з онкологічними захворюваннями. У зв'язку з цим особливого значення набувають ефективні комунікаційні стратегії, спрямовані на підвищення довіри до вакцинації, зокрема інформування про конкретні ризики, асоційовані з ВПЛ, акцент на профілактиці раку, активна позиція лікаря щодо рекомендації щеплення, інтеграція інформації про вакцинацію в програми скринінгу раку шийки матки, використання стверджувальних формулювань і надання об'єктивних даних щодо найпоширеніших побічних реакцій. Пряма комунікація про те, що вакцинація проти ВПЛ є профілактикою онкологічних захворювань, підсилює її клінічне значення, оскільки ВПЛ є причиною мільйонів випадків

раку у світі. Вакцина проти ВПЛ є ефективною стратегією зниження частоти ВПЛ-асоційованих онкологічних і передракових станів. В Україні доступна дев'ятивалентна вакцина проти ВПЛ – Гардасил® 9 (Gardasil® 9) виробництва компанії MSD (Merck Sharp & Dohme, США), що забезпечує захист від найбільш онкогенних типів вірусу (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58), асоційованих із раком шийки матки, вульви, піхви, анального каналу, генітальними кондиломами та цервікальними інтраепітеліальними неоплазіями.

З огляду на те що протягом життя до 80% сексуально активних осіб інфікуються ВПЛ, а персистуюча інфекція може призводити до розвитку онкологічної патології, рання імунація має принципове значення. Більшість інфекцій ВПЛ є транзиторними, однак у частини пацієнтів вірус персистує та ініціює тяжкі ураження, що обгрунтовує проведення вакцинації до початку контакту з інфекцією. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, пріоритетною цільовою групою для вакцинації є дівчата віком 9-14 років, а щеплення у ранньому підлітковому віці асоціюється з вищими показниками завершення повного курсу вакцинації. Вакцина проти ВПЛ не є лікувальною, а має виключно профілактичний ефект, запобігаючи розвитку ВПЛ-асоційованих захворювань у майбутньому. Сукупність даних клінічних досліджень і результатів реальної клінічної практики, накопичених за понад два десятиліття, підтверджує сприятливий профіль безпеки та ефективності вакцин проти ВПЛ. Отже, ранню гендерно нейтральну вакцинацію розглядають як обгрунтовану стратегію довгострокового зниження тягаря ВПЛ-асоційованих захворювань і онкологічної патології на популяційному рівні.



Продовжуючи тематику вакцинопрофілактики проти поширених збудників у педіатричній практиці, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії, акушерства та гінекології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, лікар-педіатр Анастасія Дмитрівна Барзилович представила доповідь «Імунопрофілактика пневмококової інфекції».

Пневмококова інфекція залишається однією з провідних причин інвазивних бактеріальних захворювань у дітей, що зумовлено високою вірулентністю *Streptococcus pneumoniae* та складною взаємодією його факторів патогенності з імунною системою дитячого організму (O'Brien K.L. et al., 2009). Окрім капсульного полісахариду, у пневмокока ідентифіковано десятки поверхневих білків, які забезпечують адгезію, колонізацію та інвазію, а пневмолізін виконує роль ключового цитотоксичного фактора, що сприяє проникненню збудника. За епідеміологічними даними, частота інвазивної пневмококової інфекції у дітей першого року життя становить близько 15-20 випадків на 100 000 на рік, летальність при пневмококовому менінгіті сягає 10-15%, а до половини тих, хто одужав, можуть мати неврологічні наслідки (CDC, 2022; WHO, 2019). Пневмонія, зокрема пневмококової етіології, залишається однією з основних причин смертності серед дітей віком до п'яти років у світі (WHO, 2023). Важливою ланкою поширеності пневмококової інфекції є висока частота носійства: серед немовлят частота носійства становить приблизно 24,4% у віці 1-4 місяці, ~48% у віці 4-6 місяців, ~59% у віці 7-9 місяців (Beissegulova G. et al., 2024), серед дітей віком ≤ 5 років рівень носійства може становити близько 35% (Chamorro G. et al., 2023). Подібні показники (~30-35%) зафіксовані і в дослідженнях серед дітей віком до п'яти років у країнах з різним рівнем доходу, що підтверджує глобальний характер поширення колонізації (Daningrat WOD. et al., 2021).

Особливу групу ризику становлять недоношені діти, у яких рівень трансплацентарної передачі антитіл є нижчим через обмеження їхнього транспорту у III триместрі

вагітності, що підвищує вразливість до інвазивних інфекцій (Charman T.J. et al., 2023). Додатковими факторами ризику є тривале перебування у стаціонарах і відділеннях інтенсивної терапії, а також можливі затримки вакцинації, пов'язані з низькою масою тіла або тяжкістю стану. Низьке охоплення вакцинацією у поєднанні з високою патогенністю пневмокока та зростанням антибіотикорезистентності створює суттєві клінічні проблеми, оскільки частка штамів, резистентних до пеніциліну та інших β-лактамів, макролідів і ко-тримоксазолу, залишається значною (CDC, 2022; ECDC, 2021). За результатами аналізу 7605 ізолятів у дітей у США (2011-2020) мультирезистентність до ≥ 1 класу антибіотиків становила 56,8%, а до ≥ 2 класів – 30,7%, водночас резистентність до макролідів сягала близько 39,9%, до пеніциліну – 39,6% (Mohanty S. et al., 2023). У країнах Європи також зафіксовано зростання резистентності: до пеніциліну – з 26,2% до 35,5%, до макролідів – з 20,9% до 23% у 2019-2020 рр. (Kovacevic A. et al., 2024). Ключовими чинниками підвищення резистентності вважають надмірне та нерациональне використання антибіотиків, серотипове заміщення і горизонтальний перенос генів резистентності, зокрема модифікованих пеніцилінзв'язувальних білків у пневмококів (Klugman K.P. et al., 2018). Отже, поєднання високого рівня носійства, вікових імунологічних особливостей і чимраз більшої антибіотикорезистентності обгрунтовує ключову роль вакцинації як стратегії профілактики пневмококової інфекції у дітей (WHO, 2019; CDC, 2022).

Клінічна значущість вакцинації проти пневмококової інфекції

Пневмококові кон'юговані вакцини забезпечують серотип-специфічний захист: PCV13 охоплює 13 клінічно значущих серотипів, тоді як новіші вакцини PCV15 і PCV20 мають ширше серотипове покриття. Впровадження вакцинації асоціюється зі значним зниженням частоти інвазивної пневмококової інфекції, зокрема менінгіту та бактеремії, позалікарняної пневмонії, а також гострого середнього отиту у дітей, одночасно зменшуючи носійство збудника і сприяючи формуванню колективного імунітету.

Національний календар щеплень України передбачає і стандартну вакцинацію, і наздоганяючі схеми та імунацію груп ризику, що є важливим інструментом зниження циркуляції пневмокока. 15-валентна кон'югована вакцина **Ваксньюванс** (Vaxneuvance), розроблена американською компанією MSD, формує імунний захист проти 15 серотипів *Streptococcus pneumoniae* включно з додатковими серотипами 22F і 33F, що асоційовані з важкими формами інфекції, та показана для профілактики інвазивних захворювань, пневмонії і гострого середнього отиту у дітей. Рекомендована схема вакцинації передбачає введення кількох доз вакцини Ваксньюванс по 0,5 мл. Зазвичай першу дозу можна вводити з 6-тижневого віку, другу – приблизно через 8 тижнів, а бустерну дозу – у віці 11-15 місяців. В окремих випадках застосовують розширену схему із чотирьох доз: три дози первинної вакцинації з інтервалом 4-8 тижнів між ними, а четверту (бустерну) – на другому році життя, не раніше ніж через два місяці після третьої дози. Якщо дитина не була щеплена вчасно, можлива так звана наздоганяюча вакцинація: для дітей від 7 місяців до 18 років зазвичай рекомендовано три дози по 0,5 мл, з інтервалом не менше ніж 4 тижні між першими двома дозами і щонайменше 2 місяці до введення бустерної дози після 12-місячного віку. Для 12-24-місячних дітей може застосовуватися спрощена схема – дві дози з інтервалом два місяці. Недоношені діти (гестаційний вік < 37 тижнів) також можуть отримувати вакцину за стандартною схемою: три первинні дози з подальшою бустерною дозою, за умови стабільного стану. В Україні, згідно з календарем щеплень, першу дозу пневмококової вакцини здебільшого призначають з двомісячного віку.

Отже, вакцинація проти ВПЛ та пневмококової інфекції є ключовим складником педіатричної практики, оскільки забезпечує довготривалий захист від небезпечних онкологічних патологій і тяжких інвазивних бактеріальних інфекцій.

Підготувала Катерина Пашинська

①

3



Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал



Оновлений календар щеплень: що змінилося для лікаря-практика



З 1 січня 2026 р. в Україні набрав чинності наказ МОЗ № 396 про суттєве оновлення Національного календаря щеплень. Зміни стосуються схем вакцинації проти гепатиту В, Ніб-інфекції та поліомієліту, регламентують включення ВПЛ-вакцинації за кошти державного бюджету, а також уточнюють правовий статус календаря щеплень щодо інструкцій до вакцин. Пропонуємо читачам інтерв'ю з кандидатом медичних наук, доцентом кафедри педіатрії, імунології, інфекційних та рідкісних захворювань

Міжнародного європейського університету, головою Національної технічної групи експертів

із питань імунопрофілактики та членом Європейської технічної дорадчої групи експертів з імунізації (ETAGE), головою комітету з вакцинації Української академії педіатричних спеціальностей Федором Івановичем Лапідом, в якому розглянуто практичні алгоритми для дітей, які розпочали вакцинацію до 2026 р., питання мінімізації ін'єкційного навантаження, аргументацію на користь ревакцинації дорослих і підходи до імунізації пацієнтів з імунодефіцитними станами.

? Федоре Івановичу, з 1 січня 2026 р. наказ № 396 став основним документом, що регламентує вакцинацію в Україні. Яким є головний алгоритм дій лікаря для пацієнтів, що розпочали схему щеплень до 2026 р.?

— Діти, що народилися у 2026 р., вакцинуються відповідно до нового наказу. Складніша ситуація з тими, хто народився або розпочав вакцинацію до 1 січня 2026 р. У такому разі орієнтиром є довідник «100+ запитань та відповідей щодо оновленого календаря профілактичних щеплень» — він містить рекомендації стосовно кожної інфекції.

Для прикладу: дитина отримала першу дозу проти гепатиту В у перший день життя і другу — у 2 місяці в 2025 р. Якщо їй виповнюється 6 місяців уже в 2026-му, третю дозу вона отримує у 6 місяців — нічого надзвичайного тут немає. Якщо ж дитина потребує ревакцинації проти кашлюка, дифтерії, правця у 18 місяців, можна скористатися комбінованою вакциною, до складу якої входить і компонент проти гепатиту В, — у такий спосіб дитина отримає четверту дозу проти гепатиту В одночасно з вакцинацією проти кашлюка, дифтерії, правця і Ніб-інфекції.

Щодо Ніб-вакцинації логіка ще простіша: будь-яка дитина після 12 місяців повинна отримати одну дозу. Коли саме — у складі комбінованої вакцини у 18 місяців чи дещо раніше — не принципово. Помилкою це не буде.

? Включення щеплень проти ВПЛ до переліку рекомендованих від 9 років — давно очікуваний крок. Які практичні поради Ви дасте педіатрам щодо вибору схеми й оптимального віку для початку імунізації?

— Варто дещо уточнити, щоб не було плутанини. Вакцина проти ВПЛ-інфекції рекомендована від 9 років і раніше — це не новина. Що справді змінилося? Зараз за кошти державного бюджету дівчата 12-13 років можуть отримати 9-валентну вакцину за однодозовою схемою. Саме однодозовою — і це принципово, бо наукова база для такого підходу сьогодні достатня.

Паралельно в багатьох регіонах тривають програми вакцинації за кошти місцевого бюджету — вони діяли до 1 січня 2026 р. і чинні зараз. З 11 лютого 2026 р. є лист за підписом головного державного санітарного лікаря України, заступника міністра охорони здоров'я pana Ігоря Кузіна, де надано рекомендації щодо використання ВПЛ-вакцин за кошти місцевого бюджету й однодозової схеми для відповідних вікових груп — і для програм від 9 років, і для програм для дівчат 15-18 років.

Якщо ж вакцинацію проводять за власні кошти батьки або йдеться про дорослих, потрібно дотримуватися інструкції до конкретного препарату.

? Україна перейшла на п'ятидозову схему інактивованої поліомієлітної вакцини. Чим зумовлене таке рішення, і як пояснити батькам переваги інактивованої вакцини над оральною?

— Варто згадати спалах поліомієліту 2021 р. Тоді в Україні був зареєстрований поліомієліт, але викликаний не диким, а вакциноспорідненим вірусом 2-го типу — тим самим, що спричинив спалахи в Пакистані, Афганістані, Таджикистані в 2020-2021 рр. Тобто вірус був імпортований.

Проблема ось у чому: оральна поліомієлітна вакцина захищає від першого і третього типів, але не від другого, а інактивована вакцина — від всіх трьох типів. Водночас схема з двох доз інактивованої вакцини (у 2 і 4 місяці), яка

раніше застосовувалася, формувала захист від другого типу лише у близько 80% дітей. Тобто кожна п'ята дитина залишалася вразливою саме до того вірусу, що спричинив спалах.

Є і ширший контекст: загальна стратегія ВООЗ для Європейського регіону передбачає перехід на інактивовану вакцину на фінішному відрізку боротьби з поліомієлітом, щоб виключити ризик появи нових мутованих вакциноспоріднених вірусів. Україна здійснила цей перехід у межах саме такої стратегії.

? Оновлений календар пропонує гнучкіші схеми щеплення проти гепатиту В. Як ефективно використовувати багатокомпонентні вакцини, щоб зменшити ін'єкційне навантаження на дитину?

— Це саме та гнучкість, що властива новому календарю. Зараз Україна отримала пентавалентну вакцину — одна ін'єкція захищає від кашлюка, дифтерії, правця, Ніб-інфекції і гепатиту В. Тобто графік вакцинації проти цих п'яти інфекцій повністю синхронізований, а кількість ін'єкцій для дитини суттєво скорочується.

За державні кошти інактивовану поліомієлітну вакцину наразі вводять окремо. Але якщо батьки готові фінансувати вакцинацію самостійно, існують гексавалентні вакцини — одна ін'єкція закриває відразу шість інфекцій включно з поліомієлітом. Певна річ, це перспектива і для державних програм: розробляються сценарії поступового переходу на гексавалентні вакцини, і для цього вже закладена необхідна нормативна база.

? Ревакцинація від дифтерії та правця кожні 10 років — те, що дорослі зазвичай ігнорують. Які аргументи може використати сімейний лікар, щоб переконати пацієнта?

— Насамперед сімейний лікар під час кожного контакту із задекларованим пацієнтом має перевіряти, чи не минув термін ревакцинації. Це не має бути виключно ініціативою пацієнта.

Щодо аргументів. У рекомендаціях, затверджених МОЗ і розроблених Національною технічною групою експертів з імунопрофілактики, зазначено: перші п'ять років після ревакцинації захист від правця достатній, а далі він може бути неповноцінним, особливо у разі травми. Тому якщо



Ф.І. Лапід

з моменту останнього щеплення минуло понад п'ять років, можна провести ревакцинацію достроково, щоб впливатися в наступний десятирічний інтервал.

Практичний аргумент, який зараз особливо актуальний: весняно-літній сезон, дачі, городи. Люди старшого покоління нерідко ходять босоніж, дрібні травми отримують легко і до лікаря з ними не йдуть. А саме такі незначні пошкодження — типовий шлях зараження правцем. Це конкретний, зрозумілий пацієнту ризик, і він цілком реальний.

? Які найбільш значущі зміни у підходах до імунізації дітей з імунодефіцитними станами і хронічними захворюваннями з'явилися в новому календарі?

— Рекомендації щодо вакцинації осіб з імунодефіцитами не зазнали принципових змін — вони були закріплені ще наказом МОЗ № 2070 від 2019 р. і досі чинні. Діють і рекомендації щодо вакцинації за станом здоров'я, де перелічено щеплення залежно від хронічної патології.

Але у новому календарі бачимо одну важливу структурну зміну: вперше в розділі вакцинації за віком з'явилися два окремих блоки — вакцинація за кошти державного бюджету і вакцинація не за кошти державного бюджету. В другому блоці, зокрема, згадано вакцини проти пневмококової і менінгококової інфекції. Це не просто рядок у розділі «рекомендовані», а фактично повноцінна позиція у віковій схемі — і саме для пацієнтів із хронічними захворюваннями такий акцент дуже важливий.

? І нарешті правовий аспект. Як діяти лікареві, якщо є розбіжності між календарем щеплень та інструкцією до конкретної вакцини?

— Відповідь починається із законів України. Закон про лікарські засоби і Закон про основи законодавства у сфері охорони здоров'я посилаються не конкретно на інструкцію, а на офіційні рекомендації. Інструкція є офіційною рекомендацією, як і наказ МОЗ — бо вони затверджені відповідними наказами, зареєстрованими в Міністерстві юстиції.

У листопаді 2025 р. вийшов наказ № 1722, який чітко встановив пріоритетність: якщо вакцина застосовується не у тій дозі або не у тому віці, які зазначені в інструкції, першочерговим документом є чинний календар щеплень. Потім — стандарти, відтак — рекомендації НТГЕІ, і лише після них — інструкція.

Стосовно мінімальних інтервалів: вони теж затверджені наказом МОЗ, і логіка тут проста — менше від мінімального інтервалу не можна, більше — будь ласка. Тобто зараз правова ієрархія чітко прописана, і лікар, який дотримується чинного календаря щеплень, діє відповідно до законодавства.

Отже, оновлений календар щеплень 2026 р. — це не формальна редакція документа, а системна перебудова підходу до імунопрофілактики в Україні. Перехід на виключно інактивовану поліомієлітну вакцину, однодозова схема ВПЛ-вакцинації за державні кошти, впровадження пентавалентних препаратів і чітка правова ієрархія між календарем та інструкцією — усі ці зміни спрямовані на те, щоб зробити вакцинацію одночасно ефективною, зручною для дитини і юридично захищеною для лікаря. Педіатрові-практику і сімейному лікареві варто розглядати новий наказ № 396 не як додатковий регуляторний тягар, а як робочий інструмент, що дає конкретні відповіді на щоденні клінічні запитання.

Підготувала Анна Хиць

З М І С Т

ПЕДІАТРІЯ

Вакцинація: подолання міфів і стратегія зниження онкологічного та інфекційного ризиків	
М.Є. Маменко, А.Д. Барзилович	3
Оновлений календар щеплень: що змінилося для лікаря-практика	
Ф.І. Лапій	5
Взаємозв'язок гострих респіраторних інфекцій та atopічних захворювань у дітей: патогенетичні механізми і підходи до лікування	
Т.Р. Уманець	7
Скринінг цукрового діабету першого типу в загальній популяції: за результатами дослідження ELSA	9
Інтерферон α-2b як лікарський засіб противірусної дії широкого спектра для профілактики і лікування грипу та ГРВІ	
М.В. Хайтович	10-11
Захворювання вуха в педіатричній практиці: від скринінгу слуху до тактики ведення отитів	
Г.В. Ярецька	13
Комплексна терапія інфекційно-запальних захворювань верхніх дихальних шляхів у педіатричній практиці	15
Рекурентний вірусіндукований візінг у дітей: сучасні підходи до профілактики	
С.П. Кривоустов, М.В. Кривоустова	20-21
Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями	
Стандарт реабілітаційної допомоги	23-28
РІДКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
День орфанних захворювань: медична допомога пацієнтам в Україні	19
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я	
Відновлення системи охорони здоров'я України: стратегічні пріоритети і міжнародний досвід	8
Онкоепідеміологічна ситуація в Україні	16-18

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 ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, керівник наукової школи кафедри управління охороною здоров'я 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, член президії НАМН України, в.о. директора 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.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, член президії НАМН України, директор ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова»
- 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, в.о. директора ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, 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, член президії НАМН України, в.о. директора Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Ю.І. Феценко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, генеральний директор ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені 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, почесний 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, 04215.

E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Тел.: +380 (95) 117-34-36

Редакціяa.khyts@health-ua.com

Відділ маркетингу ... chaplyzhenko@health-ua.com

Відділ передплати

та розповсюдженняpodpiska@health-ua.com

Газету надруковано: ТОВ «Бізнес-Логіка»

пров. Матушак Юрія, буд. 4, м. Київ, 03124

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3693

від 02.02.2010 р.

Підписано до друку: березень 2026 р.

Замовлення № 13659.

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 відпускаються без рецепта лікаря та не внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів.

Публікації з позначкою  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  призначені для медичних установ, лікарів і фармацевтів, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах 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.

Взаємозв'язок гострих респіраторних інфекцій та atopічних захворювань у дітей: патогенетичні механізми і підходи до лікування

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) залишаються однією з найактуальніших проблем педіатричної практики: щорічно в Україні вони вражають понад 14 млн осіб, становлячи близько 90% усієї інфекційної захворюваності. Діти хворіють на ГРВІ в 3-7 разів частіше, ніж дорослі, однак медико-соціальне значення проблеми виходить за межі епізодичної захворюваності – накопичено переконливі докази того, що ГРВІ є важливим фактором ризику формування рецидивних, хронічних та алергічних захворювань у дітей зі спадковою схильністю до atopії. Цій темі присвячена доповідь Тетяни Рудольфівни Уманець, доктора медичних наук, головного наукового співробітника відділення імунозалежних станів, ревматичних та респіраторних хвороб у дітей ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», представлена в межах майстеркласу Української академії педіатричних спеціальностей «PedSMART Вакцинація».

Сучасна концепція взаємозв'язку між респіраторними інфекціями та atopічними захворюваннями ґрунтується на теорії подвійного удару (Wadhwa V., 2024): ГРВІ в ранньому дитячому віці у дітей із генетичною схильністю до atopії підвищують ризик маніфестації бронхіальної астми та негативно впливають на легеневу функцію. Аналіз даних 150 тис. дітей віком від 6 місяців до 5 років підтвердив достовірно підвищений ризик зниження легеневої функції та формування бронхіальної астми у віці 6-7 років

після перенесеної інфекції нижніх дихальних шляхів (van Meel E.R., 2022), а окремий метааналіз розширив цей зв'язок до алергічного ринокон'юнктивіту та інших алергічних проявів (Кептмоє S., 2020). Показово, що взаємозв'язок не обмежується постнатальним періодом: респіраторна інфекція у матері під час вагітності підвищує ризик розвитку алергічного риніту (АР) у дитини, а перенесена інфекція верхніх дихальних шляхів у дітей до двох років асоціюється з подальшим формуванням АР (Chen J., 2023).

Імунологічні механізми взаємодії вірусної інфекції та алергічного запалення

Ключем до розуміння важкого і тривалого перебігу ГРВІ у дітей з atopією є імунологічні механізми. Повторні інфекції у таких дітей є наслідком значної дисфункції імунної системи, яка зачіпає не лише вроджені, а й адаптивні компоненти імунітету. Важливою ланкою є синергічна імунна відповідь: за умови одночасного впливу вірусної інфекції та алергенної експозиції виникає взаємне посилення обох патологічних процесів, що клінічно проявляється тривалішим і тяжчим перебігом ГРВІ (Wadhwa V., 2024).

Варто пам'ятати важливу деталь: діти зі схильністю до алергії мають вроджену незрілість вироблення інтерферону респіраторним епітелієм під час вірусної атаки. Ця незрілість створює сприятливі умови для активної вірусної реплікації та, як наслідок, загострення atopічного процесу. Паралельно відбувається посилення експресії молекул ICAM-1 – молекул адгезії, які водночас є основним рецептором для риновірусу. Цей механізм забезпечує ефективне прикріплення вірусу до епітеліального шару та реалізацію його патогенної дії (Green R.J., 2015).

Ще одним важливим елементом патогенезу є вплив вірусу на експресію високоафінних рецепторів до специфічних IgE у сенсibiliзованих дітей. За умови одночасної дії вірусу та алергену активується Th2-опосередковане запалення з посиленою продукцією інтерлейкінів 4 та 13, які пригнічують інтерферонну відповідь респіраторного епітелію і дендритних клітин, сприяючи вірусній реплікації та підтримуючи алергічне запалення. Так формується патологічне зачароване коло, в якому інфекційний та алергічний процеси постійно посилюють один одного (Schatz M., 2018).

Клінічні прояви та лікувальна тактика у дітей з atopією на тлі ГРВІ

Практичне значення описаних механізмів проявляється в конкретних клінічних ситуаціях. Найчастіший сценарій – риновірусна інфекція у пацієнта з алергічним ринітом, за якої формується змішана форма захворювання з затяжним і тяжчим перебігом та суттєво гіршою відповіддю на традиційну антиалергічну терапію, що необхідно враховувати під час планування лікування (De Corso E., 2020; Smulders T., 2024).

Патогенетичним підґрунтям алергічної симптоматики, що розвивається або посилюється на тлі вірусної інфекції, є активація базофілів і мастоцитів із вивільненням гістаміну – ключового медіатора ранньої фази алергічної відповіді. Доведено, що респіраторна вірусна інфекція у дітей з atopією призводить до підвищення концентрації гістаміну й еозинофілів і при АР, і при бронхіальній астмі, а також їхньому поєднанні. Саме ця ланка патогенезу обґрунтовує застосування антигістамінних препаратів у дітей з алергічними захворюваннями на тлі ГРВІ.



Т.Р. Уманець

Важливо наголосити: йдеться виключно про дітей з atopічною патологією, оскільки у здорових дітей антигістамінні препарати при ГРВІ не мають доказової бази і можуть навіть завдавати шкоди (Kudryavtseva A.V., 2019; Bezirganoglu H., 2022).

Антигістамінні препарати нового покоління є засобами першої лінії у лікуванні АР та гострої кропив'янки. На відміну від препаратів першого покоління з їхньою холінолітичною активністю, кардіотоксичністю і ризиком тахіфілаксії, синтезована у 2010 р. молекула біластину не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, що забезпечує відсутність седативного та інших системних побічних ефектів. Оригінальним препаратом біластину в Україні є Ніксар®, порівняльний аналіз якого з іншими антигістамінними засобами підтверджує суттєво нижче проникнення в тканини головного мозку (Wise S.K., 2023).

Клінічна ефективність препарату Ніксар® підтверджена щодо обох показань. При алергічному риніті ефект розвивається через 1 годину та підтримується 24 години, забезпечуючи одноразовий прийом на добу. При гострій кропив'янці біластин у дозі 20 мг суттєво пригнічував свербіж і утворення пухирів, перевершуючи дезлоратадин, рупатадин і плацебо, тоді як два останні препарати від плацебо не відрізнялися (рис. 1; Antonijuan R., 2017).

Щодо впливу на центральну нервову систему, дослідження позитронно-емісійної томографії показали, що зайнятість H₁-рецепторів мозку на тлі біластину 20 мг була порівнянною з плацебо і значно нижчою, ніж під час застосування гідроксизину 25 мг (рис. 2; Jauregui I., 2016).

Безпечність у педіатричній популяції підтверджена в рандомізованому подвійному сліпому дослідженні III фази за участі 509 дітей віком 2-11 років: біластин 10 мг був порівнянний із плацебо за частотою побічних ефектів протягом 12 тижнів (рис. 3; Novak Z., 2016; Kuna P., 2016).

Отже, діти з atopічними захворюваннями та з групи ризику щодо atopії мають підвищену схильність до ГРВІ, а на тлі вірусної інфекції відбувається патогенетично обґрунтоване посилення алергічного запалення. Саме тому ведення таких пацієнтів потребує комплексного підходу, що включає адекватний контроль алергічного компонента – зокрема застосування препарату Ніксар® при алергічному риніті та гострій кропив'янці.

Підготував Максим Голуб

①

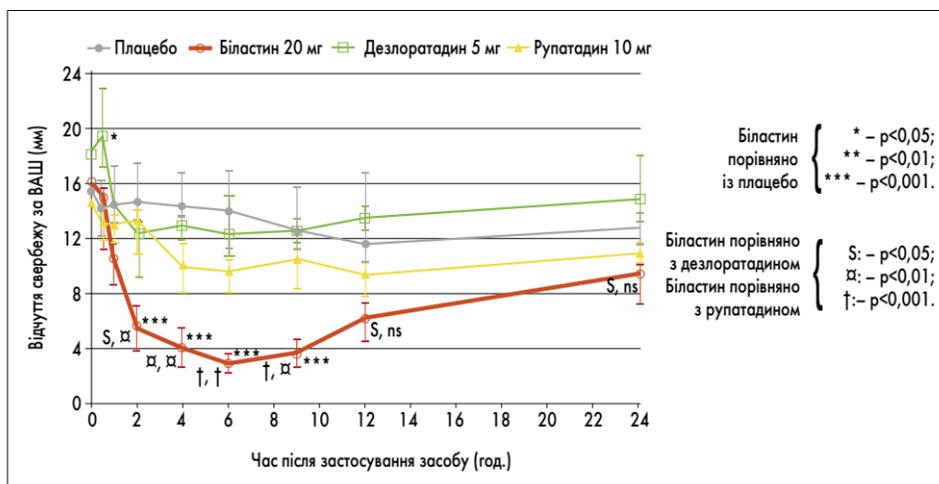


Рис. 1. Біластин у дозі 20 мг суттєво зменшив відчуття свербіж порівняно з дезлоратадином у дозі 5 мг, рупатадином у дозі 10 мг і плацебо протягом 2-12 год.

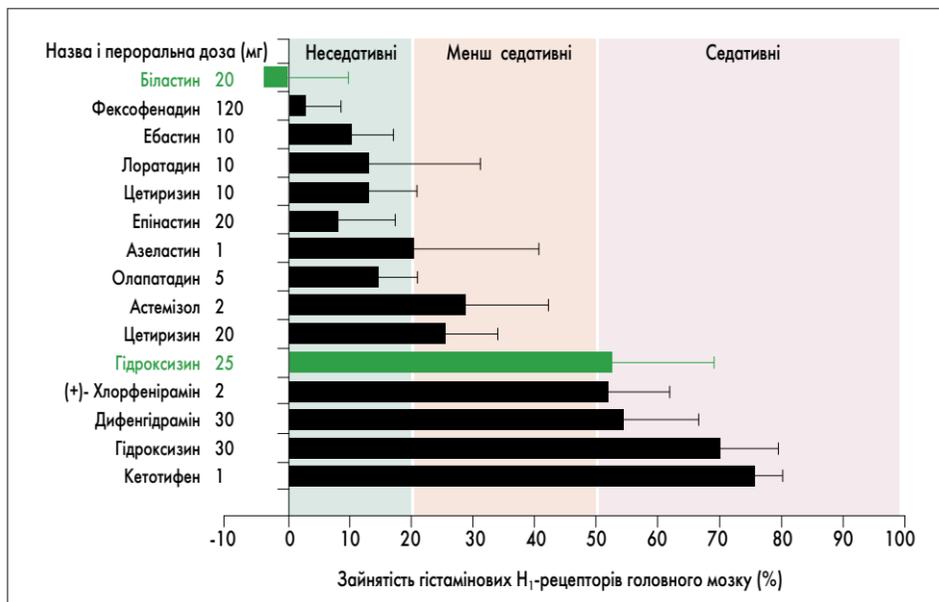


Рис. 2. Зайнятість гістамінових H₁-рецепторів головного мозку (середній відсоток ± стандартне відхилення) антигістамінними препаратами

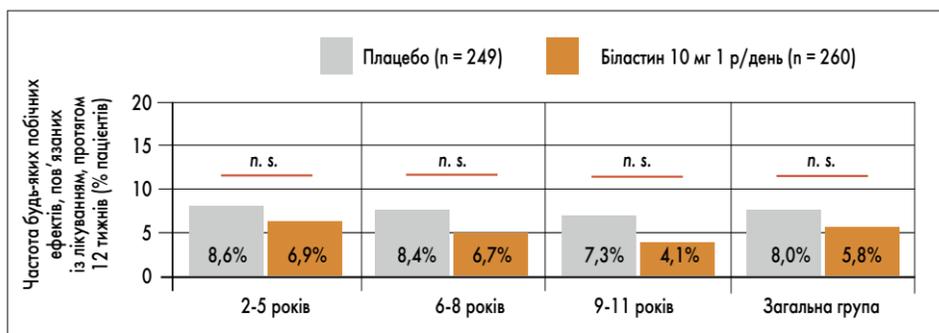


Рис. 3. Біластин у дітей від 2 до 11 років був подібним до плацебо щодо частоти побічних ефектів протягом 12 тижнів лікування

Відновлення системи охорони здоров'я України: стратегічні пріоритети і міжнародний досвід

Попри війну українська медицина і далі працює. Система охорони здоров'я України функціонує в умовах найбільшого збройного конфлікту в Європі з часів Другої світової війни. За даними ВООЗ, станом на листопад 2025 р. підтверджено понад 2700 атак на медичні заклади – в середньому дві на день. Незважаючи на ці жахливі цифри, система демонструє неймовірну життєздатність: у вересні 2024 р. 96% закладів працювали принаймні частково, а у квітні 2025 р. понад 90% людей, які потребували медичної допомоги, змогли її отримати. На чому ґрунтується ця стійкість? Завдяки реформам, розпочатим у 2017 р., зокрема створенню НСЗУ та універсального пакета послуг, вдалося зберегти доступність допомоги для мільйонів внутрішньо переміщених осіб.

Втім, стійкість – це лише перший крок. Поміркуймо, як використати ці обставини для справжньої трансформації. Національна стратегія на 2025-2030 рр. просуває підхід «принцип якісної відбудови», спрямований на орієнтованість на стаціонарну допомогу та подолання недорозвиненості первинної ланки. Вартість відновлення оцінюється у 20 млрд доларів за десять років. Програма ЄС Ukraine Facility пропонує до 50 млрд євро на 2024-2027 рр. Це історична можливість, але водночас і ризик: стратегічне використання цих коштів може зміцнити систему, тоді як безсистемний підхід лише закріпить неефективність.

Спадок радянської лікарняної системи

Щоб збагнути масштаб проблеми, варто озирнутися назад. Лікарні радянської доби досі домінують у системі охорони здоров'я. Хоча показники ліжкового фонду знизилися з часів незалежності, вони залишаються вищими за європейські норми. Головна проблема – фрагментація: муніципальні, районні, обласні та національні органи управляють окремими закладами, що призводить до дублювання послуг. Уявіть собі: складні втручання виконуються у багатьох лікарнях у невеликих обсягах, що обмежує можливості клініцистів розвивати експертизу і позначається на якості допомоги. Концентрація ресурсів у лікарнях витісняє первинну ланку – найдоступнішу для малозабезпечених та географічно ізольованих верств населення (рис.).

Спроможні госпітальні мережі: від теорії до практики

Як розв'язати цей вузол? Законодавство про спроможні госпітальні мережі вимагає від обласних адміністрацій групувати лікарні за трьома рівнями: базові (50-80 тис. населення), кластерні (120-150 тис.) та надкластерні (1-2 млн). І цей процес уже розпочався: 19 із 24 областей сформували ці мережі, визначивши 578 лікарень як відповідні стандартам. Решту закладів потрібно закрити, об'єднати або перепрофілювати. Чому це важливо для ухвалення рішень? Це створює чіткі норми для інвестицій: лікарні поза мережею не мають претендувати на капітальні кошти, тоді як заклади в мережі є відповідними кандидатами для інвестицій у нові активи – катетеризаційні лабораторії чи інсуліні відділення.

Первинна ланка: фундамент, який потребує зміцнення

Паралельно з реформою лікарень не менш важливим є розвиток первинної допомоги. До травня 2023 р. 32,7 млн осіб (близько 85% населення) зареєструвалося у сімейних лікарів. Однак є нюанс: первинна допомога переважно надається

у невеликих амбулаторіях, які часто не мають потужностей для комплексної безперервної допомоги. Нормативні акти визначають чотири типи надавачів: великі медичні центри, амбулаторії, спеціалізовані заклади, фельдшерсько-акушерські пункти. Найперспективніші для інвестицій великі центри (до 15 тис. пацієнтів) із мультидисциплінарними командами. Такі вкладення покращать доступ до послуг, зараз зосереджених у стаціонарах, – ведення хронічних захворювань, малих втручань, диспансерного спостереження.

Естонський досвід

Україна – не перша країна, якій потрібно впоратися із такими завданнями. Корисний досвід країн, що приєдналися до ЄС у 2004 р. Естонія – яскравий приклад: вона використала кошти ЄС для консолідації лікарень і розвитку первинної ланки. План розвитку госпітальної мережі 2003 р. визначив базову мережу з 19 лікарень (із 67), які отримали право на довгострокові контракти. Цікаво, що пізніше доступ до коштів ЄС для великих лікарень обумовлювали угоди про співпрацю з меншими закладами. Деякі лікарні поза мережею отримали фінансування для перепрофілювання у відділення сестринського догляду. Медичних спеціалістів заохочували до об'єднання у групи (щонайменше шість лікарів на 9000 пацієнтів) із комплексним спектром послуг. Завдяки цьому зменшилася кількість ліжок, скоротилися терміни госпіталізації та відбулося розширення первинної допомоги.

Труднощі управління: між місцевими ініціативами та національною стратегією

Втім зосередьмося на українських реаліях. З огляду на децентралізацію управління в Україні, вкрай важливий нагляд МОЗ. Насамперед тому, що місцеві органи влади ініціюють більшість інвестиційних пропозицій, часто безпосередньо домовляючись із донорами. Міністерство запровадило критерії оцінки для «єдиного портфеля проектів», проте вони надають перевагу проектам, готовим до закупівель, над стратегічно важливими. Тривожний сигнал: інвестпрограма на 2026 р. (3,8 млрд доларів) зорієнтована переважно на високоспеціалізовані лікарні з обмеженою увагою до первинної ланки.

І тут варто згадати ще один європейський приклад. Польща з 2016 р. обумовила доступ до коштів ЄС процесом оцінювання на основі «карт потреб» – звітів про потреби

і потужності у 16 регіонах. Україна може запозичити ці принципи: МОЗ за підтримки НСЗУ могло б оцінювати пропозиції за двома критеріями – усунення прогалин у послугах і підтримка консолідації мережі. Оцінки публікувалися б через Цифрову екосистему відновлення для підзвітності управління (DREAM), пов'язану із ProZorro та антикорупційними інституціями, забезпечуючи підзвітність від планування до впровадження (таблиця).

Висновки: як це позначається на лікарях-клініцистах

Система охорони здоров'я України продемонструвала надзвичайну стійкість. Відновлення пропонує можливість перепроектувати систему на принципах ефективності та орієнтованості на людину. Вбудовування інвестиційних рішень у доказовий процес оцінювання, узгоджений з реформами управління, прискорить трансформацію і підготує Україну до членства в ЄС. За належного управління країна може отримати систему, менш орієнтовану на стаціонарну допомогу та міцніше закріплену на первинній ланці.

Але як це стосується лікаря, який щодня приймає пацієнтів? Зміни відчуватимуться на кількох рівнях. По-перше, консолідація госпітальних мереж дасть змогу клініцистам зосередитися на тих втручаннях, де вони мають найбільший досвід, – замість розпорошення зусиль на широкий спектр процедур із низькими обсягами. Це означає кращу підготовку, вищу якість допомоги і менший ризик ускладнень.

По-друге, розширення первинної ланки зніме з лікарень тягар рутинної роботи – диспансеризації, моніторингу хронічних захворювань, малих втручань. Для вузьких спеціалістів це звільнить час для складних випадків, які справді потребують їхньої експертизи. Для сімейних лікарів це можливість працювати в мультидисциплінарних командах із доступом до сучасного обладнання та консультативної підтримки.

По-третє, прозорість інвестиційних рішень означає, що медичні заклади, які справді надають якісну допомогу, отримають ресурси для розвитку. Це створює стимули для покращення роботи, а не лише для лобювання.

Нарешті, європейська інтеграція – це не абстрактна мета, а конкретні стандарти: протоколи лікування, вимоги до обладнання, підходи до організації роботи. Лікарі, які працюватимуть у трансформованій системі, матимуть кращі умови для професійного розвитку і більше можливостей для міжнародної співпраці.

Інакше можливість буде змарнована, а неефективність – не подолана. І тоді лікарі й надалі працюватимуть у системі із розпорошеними ресурсами, застарілим обладнанням, а пацієнти не отримуватимуть допомоги там, де вона їм найбільше потрібна.

Ключові засади

- Міжнародні фонди відновлення створюють історичну можливість для трансформації системи охорони здоров'я України.
- Необхідна чітка стратегія інвестування, щоб позбутися неефективності та нерівності.
- Поточне відновлення має зосереджуватися на усуненні реальних прогалин у послугах, консолідації госпітальних мереж і розширенні мультидисциплінарної первинної медичної допомоги.
- Інвестиційна програма, що ґрунтується на прозорих критеріях, незалежній експертизі та лідерстві Міністерства охорони здоров'я, може прискорити реформи і підтримати довіру донорів.
- Для лікарів-клініцистів реформа означає спеціалізацію замість розпорошення, звільнення від рутини, стимули для якості та європейські стандарти роботи

Отже, міжнародні фонди відновлення надають для України унікальну можливість не лише відбудувати медичну інфраструктуру, а й трансформувати систему охорони здоров'я, подолавши надмірну залежність від стаціонарної допомоги та зміцнивши первинну ланку. Успіх залежатиме від прозорості інвестиційних рішень, консолідації госпітальних мереж і послідовного лідерства Міністерства охорони здоров'я. Європейський досвід підтверджує: стратегічний підхід до розподілу коштів здатен прискорити реформи і наблизити Україну до стандартів ЄС. А для кожного лікаря це означає можливість працювати в системі, де якість допомоги – не виняток, а норма.

За матеріалами Hellowell M., Kasyanchuk S., Habicht T. et al. (2026) *BMJ*;392: e086343. doi: 10.1136/bmj-2025-086343

Підготував Максим Голуб

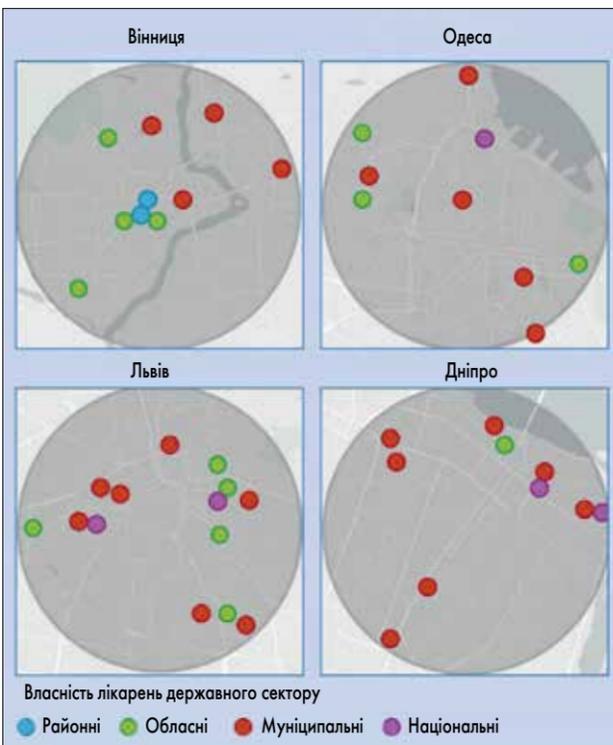


Рис. Розподіл і власність лікарень, де виконують хірургічні втручання за договорами із НСЗУ, у радіусі 3 км у центральних районах чотирьох обласних центрів

Скринінг цукрового діабету першого типу в загальній популяції: за результатами дослідження ELSA



Раннє виявлення цукрового діабету першого типу на доклінічній стадії набуває особливої актуальності у зв'язку з появою хворобомодифікуючої терапії теплізумабом, здатної відтермінувати клінічну маніфестацію захворювання. Британське

дослідження ELSA (Early Surveillance for Autoimmune Diabetes) стало першим проєктом, завдяки якому було оцінено практичну можливість впровадження загальнопопуляційного скринінгу цукрового діабету першого типу в дітей. За два роки до участі в ньому було залучено 24 875 дітей віком 3-13 років, що перевищило заплановану мету. Скринінг методом сухої краплі крові (dried blood spot, DBS) із подальшим підтверджувальним тестуванням виявився практично здійсненним і прийнятним для населення. Найефективнішими каналами залучення стали соціальні мережі та школи, водночас позадомашні локації тестування забезпечили кращий доступ для етнічних меншин і населення депривованих районів. Показник повернення зразків (69,48%) був зіставним з іншими скринінговими програмами. Психосоціальний вплив скринінгу оцінено як керований, хоча родини потребують постійного доступу до інформації та підтримки. Результати ELSA створюють доказову базу для розроблення національних програм скринінгу цукрового діабету першого типу.

Чи можна виявити цукровий діабет першого типу ще до появи перших симптомів? І, якщо так, чи готові системи охорони здоров'я до масового скринінгу дітей? Ці питання особливо актуальні сьогодні, коли з'явилась реальна можливість відтермінувати маніфестацію захворювання за допомогою хворобомодифікуючої терапії. Дослідження ELSA стало першою спробою перевірити на практиці, наскільки реалістичним є впровадження загальнопопуляційного скринінгу. І результати виявились досить обнадійливими.

Нагадаємо, що цукровий діабет першого типу розвивається внаслідок прогресуючого руйнування β-клітин підшлункової залози і потребує довічної інсулінотерапії. Однак цьому передують доклінічна стадія, коли в крові вже наявні острівцеві аутоантитіла, але порушень вуглеводного обміну ще немає. Саме цей період відкриває терапевтичне вікно: раннє виявлення покращує довгостроковий глікемічний контроль, дає родині час на адаптацію і знижує ризик діабетичного кетоацидозу. Поява теплізумабу – першого препарату, здатного відтермінувати клінічну маніфестацію, – надала скринінгу реального терапевтичного сенсу.

Не дивно, що у деяких країнах уже взяли за впровадження національних скринінгових програм. Першою стала Італія з обов'язковим педіатричним скринінгом. Втім, щоб реалізувати ідею, потрібно вирішити чимало організаційних питань: як забезпечити рівний доступ? чи вистачить кадрів? наскільки це економічно обґрунтовано? Отримати на них відповіді допомогло дослідження ELSA.

Як було організовано дослідження

До участі були запрошені діти 3-13 років без діагнозу цукрового діабету першого типу. Інформування здійснювалося через соціальні мережі, вебсайт, школи та кабінети сімейних лікарів. Сам скринінг був максимально спрощеним: забір капілярної крові методом сухої краплі можна було виконати вдома або за допомогою медперсоналу. Дітей із позитивним результатом запрошували на підтверджувальне тестування, а за наявності двох і більше аутоантител – на глюкозотолерантний тест.

Результати набору перевершили очікування: за два роки приєдналося 24 875 дітей, тоді як було заплановано 20 000 за три роки (рис.). Серед залучених переважали хлопчики (51,61%), медіана віку – 8 років.

Етнічний склад: 80,96% – білошкіре населення, 18,26% – етнічні меншини. Третина учасників мала сімейний анамнез захворювання. Цікаво, що родини з обтяженим анамнезом частіше дізнавались про дослідження через соцмережі, тоді як етнічні меншини – переважно через школи та лікарів.

Де тестувались учасники

Більшість родин (61,93%) обрала домашнє тестування. Друге місце посіли школи (21,58%), далі – клініки

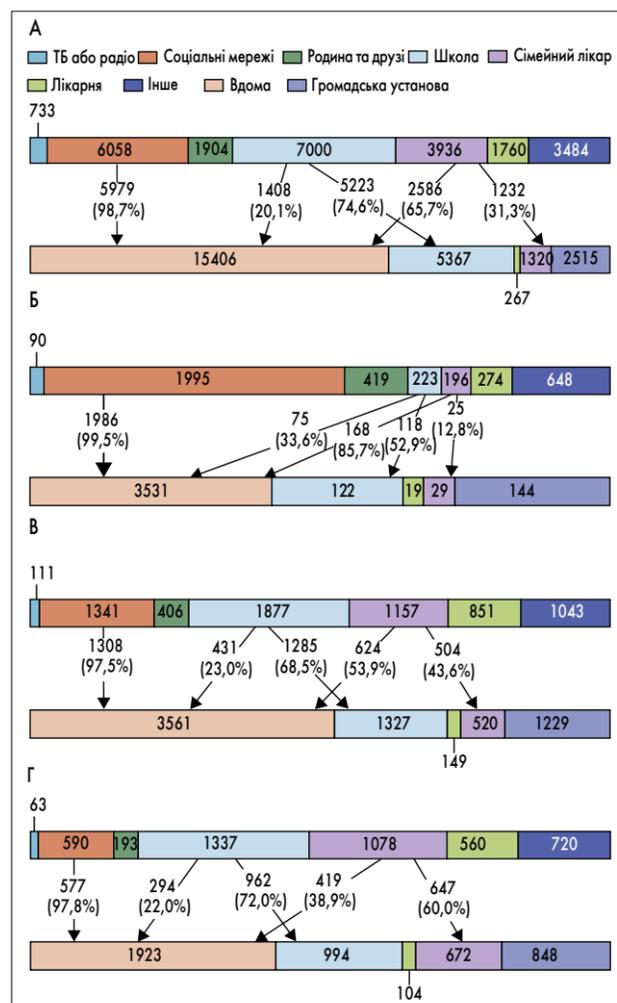


Рисунок. Стратегія залучення до тестування та його локація

Верхні стовпчики відображають стратегію залучення до тестування, нижні – його кінцеву локацію методом сухої краплі крові (DBS). (А) Усі залучені учасники. (Б) Родичі першого ступеня (діти, у яких батько/мати або брат/сестра хворіють на цукровий діабет першого типу). (В) Родини із депривованих районів за Індексом множинної депривації, де 1 – найбільш депривовані, 10 – найменш депривовані. (Г) Етнічні меншини (змішане, азіатське, чорношкіре населення та інші групи).

та кабінети лікарів. Водночас позадомашні локації виявились ключовим інструментом залучення недостатньо представлених груп: школи продемонстрували значно вищу частку етнічних меншин і дітей без сімейного анамнезу.

Отже, різноманіття локацій забезпечує рівний доступ до скринінгу.

Загалом повернуто 17 931 картку DBS, з яких 17 283 (69,48%) придатні для аналізу. Показник повернення для альтернативних локацій (82,97%) був вищим, ніж для домашніх наборів (61,19%). Втім, навіть загальний показник зіставний з іншими програмами: 67% для скринінгу раку кишечника та 47% для тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом.

Безпека і результати дослідження

Профіль безпеки виявився цілком прийнятним. За весь період дослідження зареєстровано 87 небажаних подій – переважно передсинкопальні стани та непритомності. Жодна з них не потребувала госпіталізації чи додаткового лікування. Із 308 дітей із позитивним результатом понад 90% пройшли підтверджувальне тестування – високий показник комплаєнсу. Частота позитивних результатів суттєво залежала від анамнезу: 3,73% серед дітей з ураженими родичами першого ступеня проти 0,25% без сімейного анамнезу, що підказує стратегію поетапно впровадження.

Психосоціальний вплив

Чи не завдає позитивний результат скринінгу більше шкоди, ніж користі? До освітньої консультації понад половина батьків (51,72%) мала показники вищі за клінічний поріг тривожності. Після консультації показник знизився до 48,68%, хоча різниця не досягла статистичної значущості. Попри це, реальна потреба в психологічній підтримці виявилась невисокою: скористалися нею лише чотири родини. Від більшості занепокоєнь позбувались за одну-три консультації. Висновок авторів дослідження: психосоціальний вплив керований, однак однієї освітньої сесії недостатньо – потрібен постійний доступ до інформації та підтримки.

Що далі

Дослідження ELSA переконливо продемонструвало: загальнопопуляційний скринінг цукрового діабету першого типу – це не утопія, а цілком реалістична перспектива. Підхід на основі методу сухої краплі крові з підтверджувальним тестуванням виявився і практично здійсненним, і прийнятним для населення.

Соціальні мережі та школи – найефективніші канали залучення, а тестування поза домом критично важливе для охоплення вразливих груп.

Наступним логічним кроком має стати впровадження скринінгу в умовах реальної клінічної практики з оцінюванням економічної ефективності та відпрацюванням алгоритмів інтеграції. Отримані результати вже сьогодні можуть слугувати орієнтиром для інших країн, що планують подібні програми.

За матеріалами:

Quinn L.M., Elliott J., Papanikolaou T. et al. Feasibility of general population screening for type 1 diabetes in the UK: the ELSA study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2026. Published online January 20, 2026. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00363-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00363-8)

Підготувала **Олена Речмедіна**

Інтерферон α -2b як лікарський засіб протівірусної дії широкого спектра для профілактики і лікування грипу та ГРВІ



М.В. Хайтович

Небезпечні медичні та соціальні наслідки епідемій респіраторних вірусних інфекцій, зокрема грипу і COVID-19, спонукали провідні медичні асоціації світу переглянути рекомендації щодо їхньої профілактики і лікування. Через високий ризик госпіталізації та смерті від грипу в дітей Американська академія педіатрії (AAP) рекомендує щорічну вакцинацію проти грипу всім дітям без медичних протипоказань, починаючи з 6-місячного віку. Це є важливою стратегією захисту населення, а також зменшення загального тягаря респіраторних захворювань, коли коциркулюють інші віруси. В сезон варто якомога раніше вводити будь-яку ліцензовану вакцину проти грипу відповідно до віку та стану здоров'я, не надаючи переваги одному продукту чи формі над іншими. Протівірусна хімієпрофілактика рекомендована для запобігання інфекції вірусом грипу як доповнення до вакцинації у певних осіб, особливо у дітей, які ще не були вакциновані, безсимптомних, але з високим ризиком ускладнень від грипу або імуноскомпрометованих.

Госпіталізованим дітям із підтвердженим грипом або грипозним захворюванням (лихоманка з кашлем або болем у горлі), з тяжким або прогресуючим перебігом або супутніми захворюваннями, що підвищують ризик ускладнень від грипу, незалежно від тривалості захворювання рекомендоване протівірусне лікування. Його слід розпочати якомога швидше. Зокрема і в амбулаторних умовах – для дітей із симптомами грипу без високого ризику ускладнень, якщо це можливо, протягом 48 годин від початку захворювання. Для дітей із підозрою або з підтвердженим захворюванням на грип також можна розглянути протівірусне лікування, якщо вони контактують із дітьми до 6-місячного віку або з високим ризиком ускладнень [1].

Для специфічної терапії сезонного грипу застосовують інгібітор нейрамінідази озельтамівір [2]. Він впливає на поверхневий глікопротеїн нейрамінідази, пригнічує ферментативну активність, необхідну для брунькування новостворених віріонів із клітин. Це перешкоджає вивільненню потомства вірусу грипу з інфікованих клітин і зупиняє поширення інфекції на нові клітини. Слід зазначити, що нейрамінідаза вірусу грипу А більш чутлива до озельтамівіру, ніж нейрамінідаза вірусу грипу В, концентрація напівмаксимального інгібування (IC50) озельтамівіру для нейрамінідази вірусів грипу А може бути в межах 0,1-1,3 нмоль, тоді як для вірусів грипу В потрібно 2,6-8,5 нмоль [3]. І хоча у дітей озельтамівір зменшує інтенсивність симптомів грипу, кількість днів госпіталізації ($p = 0,001$), а також постінфекційні ускладнення ($p = 0,005$) [4], збільшення застосування озельтамівіру асоціюється із зростанням частоти побічних ефектів [5]. За даними систематичного огляду та метааналізу в амбулаторних пацієнтів, інфікованих грипом А, озельтамівір не знижував ризику госпіталізації, але збільшував кількість побічних ефектів, пов'язаних із шлунково-кишковим трактом [6].

Озельтамівір може застосовуватись лише у пацієнтів із грипом і не розглядається для профілактики та лікування інших гострих респіраторних вірусних захворювань, зокрема коронавірусної інфекції.

Як відомо, на тяжкість гострої респіраторно-вірусної інфекції впливають такі фактори, як вірусна реплікація, адаптація хазяїна, сигналізація вродженого імунітету, наявний імунітет та вторинні інфекції [7], тому інтерферон розглядають як терапевтичну альтернативу для лікування респіраторно-вірусної інфекції, зокрема грипу і COVID-19, через його широку протівірусну активність [8].

Інтерферони типу I – це група протівірусних цитокінів, які індуються під час вірусної інфекції продуктами реплікації вірусу, такими як дволанцюгова (ds)РНК. Інтерферони виконують свої біологічні функції з допомогою зв'язування зі специфічними рецепторами клітинної поверхні. А це запускає внутрішньоклітинні сигнальні шляхи, переважно шлях JAK–STAT, який зрештою індукує експресію великої кількості генів, стимульованих інтерфероном (ISGs), що призводить до протівірусної, антипроліферативної та імунорегуляторної активності у клітинах-хазяїнах. Так, під час грипу рівень інтерферону α -2 зростає утричі [9].

За допомогою функціонального геномного скринінгу з використанням siRNA було ідентифіковано, що індукованим інтерфероном трансмембранні білки (IFITM), зокрема IFITM1, IFITM2 та IFITM3, обмежують ранній етап реплікації вірусу грипу А. IFITM індуються інтерферонами I та II типів. Водночас білок IFITM3 забезпечує базальну резистентність і є критично важливим для дії інтерферону. Білки IFITM демонструють протівірусну активність проти кількох основних людських патогенів: пригнічують

ранню реплікацію вірусу грипу А (H1N1), а також флавівірусів включно з вірусом Західного Нілу (WNV) та вірусом Денге (DENV), імовірно, між зв'язуванням вірусу з рецептором хазяїна та проникненням вірусного рибонуклеопротеїнового комплексу (vRNP) у цитозоль [10] (рис.).

Через активацію сигнального шляху інтерферону I пригнічується реплікація респіраторно-синцитіального вірусу (RSV), зменшується RSV-індуковане запалення та окисний стрес [11].

Але потрібно враховувати, що чи не більшість вірусів розробила широкий спектр стратегій для блокування і перешкоджання шляху інтерферону. Так, відомо про порушення протівірусного захисту під час грипу [12]. Загальні вірусні стратегії включають блокування індукції/експресії інтерферону, перехоплення рецепторного зв'язування інтерферону через вірусні рецептори – приманки інтерферону, порушення внутрішньоклітинного сигнального шляху інтерферону, безпосереднє зниження рівня експресії ISGs [13].

Гени, стимульовані інтерферонами I типу, та сигналізація, опосередкована інтерфероном, торпедуються коронавірусами, зокрема SARS-CoV-2 [9, 14]. Тому коронавірусні (включно із SARS-CoV-2) активно пригнічують вроджену імунну відповідь, опосередковану інтерфероном I типу. Наприклад, білки SARS-CoV-2, такі як nsp1, nsp6, nsp13, ORF3a, M та ORF7b, можуть пригнічувати фосфорилування STAT1 – ключового етапу сигналізації інтерфероном I типу [15, 16].

Порушення активності інтерферону I типу пов'язане з тяжким перебігом COVID-19 [17]. Так, порівняно з госпіталізованими пацієнтами, у пацієнтів із легким перебігом COVID-19 була більш виражена на ранніх стадіях протівірусна імунна відповідь у верхніх дихальних шляхах, обумовлена вищою активністю NF- κ B та ISGs [18]. У пацієнтів із загрозливим для життя COVID-19 виявлено аутоантитіла проти інтерферону I типу (зокрема інтерферону α -2b), що призводило до порушень сигналізації інтерферону I типу [19].

Під час проведення фармакокінетичних досліджень застосування для профілактики і лікування гострої респіраторної вірусної інфекції назальної форми інтерферону α -2b встановлено, що назальний спрей забезпечує захисний бар'єр у місці інфекції (носовій порожнині та ротоглотці). Це критично важливо, зокрема для профілактики і лікування коронавірусної інфекції, оскільки вірус SARS-CoV-2 використовує рецептор ACE2, експресія якого найвища саме в носовій порожнині і знижується у нижніх дихальних шляхах [20].

Локальне введення спрею інтерферону α -2b не призводить до системного впливу на організм через низьку загальну біодоступність, 97% вимірів концентрації інтерферону у зразках плазми крові демонстрували показники менші за нижню межу кількісного значення. Водночас експозиція інтерферону у змивах з носової порожнини зростає зі збільшенням введеної дози [20].

Концентрація інтерферону у носових змивах знижувалася експоненційно з часом відповідно до кінетичних процесів елімінації першого порядку [20].

Концентрація у змивах з носової порожнини основного фармакодинамічного індикатора індукованого інтерфероном білка-10 (IP-10) – хемокіна, який індукується інтерфероном і може сприяти елімінації SARS-CoV-2, була підвищена, зростає після введення спрею інтерферону α -2b, досягаючи максимальних значень приблизно через 10 годин, а потім поверталася до базальних значень. Було виявлено достовірний кореляційний зв'язок між експозицією інтерферону і рівнем IP-10 у носових змивах [20].

Слід зазначити, що концентрації інтерферону у носових змивах були значно вищими за EC50, а ступінь підвищення IP-10 – приблизно однаковий, що може свідчити про досягнення плато насичення в цьому діапазоні дози – відповіді [20].

У зразках для полоскання ротоглотки не спостерігалось значної кореляції між експозицією інтерферону та рівнями IP-10. Імовірно, це пов'язано з тим, що середовище ротової порожнини більше зазнає впливу приймання їжі, пиття і ковтання слини, що призводить до вищої міжіндивідуальної варіабельності та швидшого напіврозпаду інтерферону [20].

Інтерферон α -2b показав ефективність у профілактиці поширених вірусних респіраторних інфекцій у військових рекрутів. За результатами рандомізованого контрольованого дослідження встановлено, що низька доза рекомбінантного інтерферону α -2b у формі назального спрею була ефективною для запобігання інфекціям, спричиненим вірусами грипу А, грипу В, парагрипу 1-3 та аденовірусом виду В [21].

В іншому дослідженні з профілактичною метою 1719 працівників сфери туризму отримували інтерферон α -2b інтраназально щоденно 10 днів. Жодного випадку зараження SARS-CoV-2 не було виявлено, тоді як серед 369 учасників дослідження, що не отримували профілактично інтерферон α -2b, зареєстровано 39 випадків COVID-19 (10,6%) [22].

Інтерферон α -2b вважається ідеальним для протівірусної терапії широкого спектра, оскільки виявляє плейотропні ефекти, спрямовані на велику кількість стадій життєвого циклу вірусів, і активує відповідну імунну відповідь для очищення від вірусів незалежно від їхнього типу.

Його застосування асоціювалось із зниженням рівня біомаркера запалення (інтерлейкіну-6 та С-реактивного білка) [23]. Також інтерферон α -2b підвищував, порівняно із арбідолом, відсоток CD8+ Т-клітин, що є сприятливим фактором, оскільки їхня низька кількість асоціювалась із тяжкими пошкодженнями легень [23].

За результатами багатьох досліджень встановлено, що застосування інтраназального інтерферону α -2b пришвидшувало кліренс вірусу COVID-19 [24]. Так, за результатами відкритого, проспективного когортного дослідження доведено, що застосування спрею інтерферону α -2b скорочує час вірусного виділення варіанта SARS-CoV-2 «Омікрон»

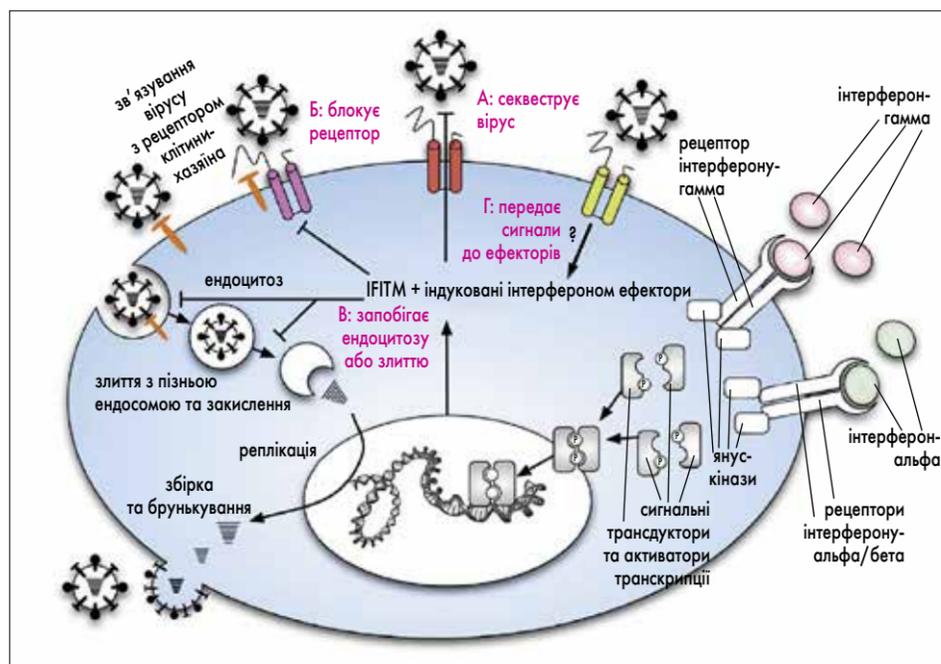


Рис. Роль індукованих інтерфероном трансмембранних білків у протівірусному захисті [10]

(11,9 дня проти 12,58 відповідно в експериментальній та контрольній групах, $p = 0,024$). Найбільш ефективним було застосування спрею інтерферону α -2b протягом трьох днів із моменту першого позитивного тесту на SARS-CoV-2 (середній час вірусного виділення у пацієнтів цієї підгрупи становив у середньому 10,41 дня, що було суттєво менше порівняно із пацієнтами із підгрупи пізнього (> 3 дні) лікування – 13,56 дня, $p < 0,000$) [25]. Також було доведено, що спрей інтерферону α -2b значно прискорював вірусний кліренс у вакцинованих учасників [25].

Обстеження 268 дітей віком від 1 до 14 років, інфікованих варіантом «Омікрон» SARS-CoV-2, також показало, що назальний спрей інтерферону α -2b покращував кліренс вірусу [26].

Хоча за результатами когортного дослідження 54 пацієнтів із помірним перебігом COVID-19, які були госпіталізовані на початку пандемії 2020 р. та отримували потрібну комбінацію лікування, що включала інгаляційний інтерферон α -2b (5 мільйонів МО, двічі на день), таблетки лопінавіру (500 мг, двічі на день) та гранули уміфеновіру (200 мг, тричі на день), не виявлено переконливих доказів щодо ключової ролі часу початку терапії у прогнозі помірно тяжкого перебігу [27], в особливо важких/критичних випадках застосування інтерферону α -2b може сприяти одужанню і зниженню летальності (0,9% проти 32,1%) при COVID-19 порівняно з тими, хто не отримував інтерферон [28].

Інтерферон α -2b забезпечує високий ефект під час лікування дітей із вірусною пневмонією, покращуючи клінічні симптоми, зменшуючи запальну реакцію з хорошим профілем безпеки [29]. Введення інгаляційно високих доз інтерферону α -2b пацієнтам із COVID-19 значно зменшувало тяжкість пневмонії і потребу в штучній вентиляції легень [30].

За результатами рандомізованого, подвійного сліпого, плацебоконтрольованого дослідження спрею людського інтерферону α -2b у здорових людей встановлено його безпечність під час введення через назальний і ротоглотковий шляхи. У дослідженні не було зафіксовано серйозних побічних явищ, не йшлося про припинення участі через побічні явища або необхідність корегування дози [20]. У деяких пацієнтів назальне введення інтерферону α -2b асоціювалося із сухістю носоглотки та носовими кровоточками [21], закладеністю носа, головним болем, ринореєю [22], транзиторною лихоманкою, розладами травлення чи втомою [26]. Відсутність серйозних побічних ефектів є перевагою назальних форм порівняно з парентеральними, які можуть викликати грипозоподібні симптоми та інші системні побічні реакції [25].

Препарат Лаферобіон® містить інтерферон α -2b. У формі інтраназальних крапель і спрею він застосовується для профілактики, а у формі супозиторіїв – для лікування пацієнтів із тяжкими формами гострої респіраторно-вірусної інфекції.

За результатами проведеного в Україні дослідження встановлено, що використання препаратів інтерферону у формі супозиторіїв при неускладнених рецидивних ГРВІ порівняно з дітьми із контрольної групи сприяло скороченню тривалості підвищеної температури тіла (відповідно $3,9 \pm 0,59$ дня проти $4,8 \pm 0,21$ дня), інтоксикації (відповідно $4,1 \pm 0,44$ дня проти $5,6 \pm 0,71$ дня), катарального синдрому (відповідно $5,7 \pm 0,82$ дня проти $6,5 \pm 0,32$ дня), а також скороченню термінів прийому препаратів для симптоматичного лікування, зокрема жарознижувальних, в середньому на 1,4 дня. У дітей із основної групи швидше нормалізувався апетит (на $4,4 \pm 0,42$ дня проти $5,8 \pm 0,51$ дня), сон ($4,7 \pm 0,63$ дня проти $5,9 \pm 0,54$ дня) та загальний стан ($4,1 \pm 0,62$ дня проти $5,7 \pm 0,65$ дня у контрольній групі). Найважливішим результатом застосування супозиторіїв препарату Лаферобіон® стала відсутність у дітей із основної групи бактеріальних ускладнень й, відповідно, потреби у антибіотикотерапії, тоді як 20% дітей із контрольної групи отримували антибіотикотерапію через бактеріальний риносинусит або отит, затяжний бронхіт, в одному випадку – пневмонію [31].

Отже, препарат Лаферобіон® (інтерферон α -2b) завдяки широкому спектру дії можна ефективно та безпечно використовувати для профілактики і лікування гострої респіраторної вірусної інфекції, зокрема грипу і коронавірусної інфекції.

Література

1. Committee on Infectious Diseases. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2024-2025: Policy Statement. Pediatrics. 2024 Oct 1;154(4): e2024068507. doi: 10.1542/peds.2024-068507. PMID: 39183669.
2. Jones J.C., Yen H.L., Adams P. et al. Influenza antivirals and their role in pandemic preparedness. Antiviral Res. 2023 Feb;210:105499. doi: 10.1016/j.antiviral.2022.105499. Epub 2022 Dec 23. PMID: 36567025; PMID: PMC9852030.
3. [https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?\[14215\]](https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?[14215]).
4. Jugulete G., Olariu M.C., Stanescu R. et al. The Clinical Effectiveness and Tolerability of Oseltamivir in Unvaccinated Pediatric Influenza Patients during Two Influenza Seasons after the COVID-19 Pandemic: The Impact of Comorbidities on Hospitalization for Influenza in Children. Viruses. 2024 Oct 7;16(10):1576. doi: 10.3390/v16101576. PMID: 39459910; PMID: PMC11512198.
5. Tokunaga M., Kikuchi D., Noda A. et al. Trends in Anti-Influenza Drug Prescription and Adverse Drug Reaction Reporting After the Lifting of Oseltamivir Prescribing Restrictions in Pediatric Outpatients: An Ecological Study Using the MDV Analyzer® And the Japanese Adverse Drug Event Report Database. Drugs Real World Outcomes. 2024 Jun;11(2):177-184. doi: 10.1007/s40801-023-00414-x. Epub 2024 Jan 18. PMID: 38236514; PMID: PMC11176281.
6. Hanula R., Bortolussi-Courval E., Mendel A. et al. Evaluation of Oseltamivir Used to Prevent Hospitalization in Outpatients With Influenza: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Intern Med. 2024 Jan 1;184(1):18-27. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.0699. Erratum in: JAMA Intern Med. 2024 Jan 1;184(1):121. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.4905. Erratum in: JAMA Intern Med. 2024 Jan

1;184(1):115-116. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.4708. PMID: 37306992; PMID: PMC10262060.

31. Няньковський С.Л., Яцула М.С., Бережна І.Ю., Романів О.І. (2019) Ефективність та доцільність використання інтерферонів під час лікування рекурентної респіраторної вірусної інфекції у дітей. Здоров'я України, 3(50): 20-21 (https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2019/Pediatrics_3_2019/Pediatrics_3_2019_str_19_21.pdf).

Повний список літератури – в редакції.

Ця інформація надана компанією ДП «СТАДА-Україна» в якості професійної підтримки фахівцям охорони здоров'я. Інформація, що стосується будь-якого продукту(ів), може не збігатися з інструкцією для медичного застосування препарату. Будь ласка, ознайомтеся з повним текстом інструкції для отримання точної інформації або даних щодо продуктів, які розглядають у цій публікації, до призначення. HCP-LAF-01-26122025

ЛАФЕРОБІОН® – ГОТОВІ ІНТЕРФЕРОНИ З ПРОТИВІРУСНИМ ТА ІМУНОМОДУЛЮЮЧИМ ЕФЕКТАМИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ¹⁻² ТА ЛІКУВАННЯ¹⁻⁴ ГРВІ

STADA

Лаферобіон®:

- ✓ захищає клітини від вірусів⁵⁻⁷
- ✓ допомагає імунній відповіді⁶
- ✓ попереджає розвиток ускладнень⁷



Лаферобіон® – безрецептурний препарат року!⁸

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЛАФЕРОБІОН®, краплі назальні по 100 000 МО/мл, у флаконі №1, РП № UA/13779/02/01 від 17.09.2020, Наказ МОЗ України №1326 від 21.08.2025; 2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЛАФЕРОБІОН®, спрей назальний по 100 000 МО/мл, у флаконі №1, РП № UA/13779/03/01 від 17.09.2020, Наказ МОЗ України №1326 від 21.08.2025; 3. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЛАФЕРОБІОН®, супозиторії по 500 000 МО, №10, РП № UA/13779/01/02 від 22.07.2019, Наказ МОЗ України № 1440 від 16.09.2025; 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЛАФЕРОБІОН®, супозиторії по 150 000 МО, №10, РП № UA/13779/01/01 від 22.07.2019, Наказ МОЗ України № 1440 від 16.09.2025; 5. Бекетова Г. В. Інтерферони з позиції доказової медицини: можливості застосування у профілактиці та лікуванні респіраторних захворювань. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 6 (158) – XII/2023; 6. Абатуров О.Є., Токарева Н.М. Актуалізація застосування інтерферону при гострому простому бронхіті в дітей. Здоров'я дитини. 2018, 13(7): 635-641; 7. Няньковський С. Л. та співавт. Ефективність та доцільність використання інтерферонів під час лікування рекурентної респіраторної вірусної інфекції у дітей. Здоров'я України. 2019, 3(50):19-21; 8. "ПАНАЦЕЯ", щорічний конкурс професіоналів фармацевтичної галузі України. Результати конкурсу "ПАНАЦЕЯ-2025" на сайті <https://panacea.ua/archive/panacea-2025>. Посилання перевірено 15.12.2025.

Реклама лікарських засобів. Інформація надана скорочено. Препарати відпускаються без рецепта. Мають застереження до застосування. Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією на лікарський засіб та проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати у недоступному для дітей місці. Про випадок побічної реакції, відсутності ефективності або скарги на якість ви можете повідомити уповноважену особу з фармаконагляду за тел. +38 (067) 445-04-48 або за адресою електронної пошти: ukraine.PV@stada.com. Виробник: ТОВ "ФЗ "СТАДА", 09100, Київська обл., м. Біла Церква, вул. Київська, 37, Україна. Дистрибутор в Україні ДП «СТАДА-Україна». За додатковою інформацією звертайтеся: ДП «СТАДА-Україна» 03038, м. Київ, вул. Миколи Амосова, 12. © 2025 ДП «СТАДА-УКРАЇНА». HCP-LAF-01-15122025



Атопія, мікробіом і харчові введення: які фактори раннього життя збільшують ризики дитячої харчової алергії?

Зростання частоти харчової алергії в дітей залишається однією з найважливіших проблем сучасної алергології. Попри значний науковий прогрес, клініцисти досі оперують фрагментарними даними, які саме чинники визначають ризик IgE-опосередкованої сенсibilізації та подальшого розвитку алергії. У новому масштабному метааналізі, опублікованому у JAMA Pediatrics, узагальнено результати 190 досліджень із залученням 2,8 млн дітей, що дає підстави визначити найбільш достовірні предиктори розвитку харчової алергії до шести років.

Згідно з аналізом, підтвердженням даними харчових провокаційних тестів, частота харчової алергії у світі в дітей до шести років становить близько 4,7%. Найпотужнішим і найпереконливішим предиктором є ранні алергічні прояви, зокрема атопічний дерматит у перший рік життя, який майже вчетверо підвищує ризик подальшої харчової алергії. Виражена трансепідермальна втрата води і мутації в гені філагрину додатково підсилюють сенсibilізацію через шкіру, підтверджуючи її важливість як бар'єра в патогенезі атопічного маршу.

Значущим чинником виявилось і зволікання з уведенням алергенних продуктів. Діти, які вперше отримували арахіс після 12-місячного віку, мали більш ніж удвічі вищі шанси розвитку алергії. Висновки науковців укотре підтверджують, що слід відмовитися від застарілих підходів уникнення алергенів на користь сучасних рекомендацій щодо раннього та керованого введення.

Важливим модифікованим фактором ризику є вплив антибіотиків. Застосування цих препаратів у перший місяць життя вчетверо підвищувало ризик формування харчової алергії, тоді як використання антибіотиків у більш пізньому віці або під час вагітності асоціювалося із менш вираженим, але статистично значущим зростанням ризику. Результати досліджень доповнюють сучасні дані про роль мікробіому кишечника в індукції толерантності до алергенів.

До групи інших достовірних факторів ризику увійшли чоловіча стать, сімейний анамнез алергії, міграційний статус батьків і народження за допомогою кесаревого розтину. Низька маса тіла під час народження, переносеність, стрес або дієта матері виявилися не пов'язаними зі значним ризиком розвитку алергії.

Отримані результати дають змогу краще структурувати підходи до первинної профілактики: від своєчасного догляду за шкірою в дітей з атопією до обґрунтованого введення продуктів та виваженого використання антибіотиків у ранньому віці. Чітке розуміння всіх механізмів сприяє прогнозуванню ризиків і формуванню персоналізованих стратегій раннього втручання, спрямованих на зниження поширеності потенційно небезпечної харчової алергії.

Джерело: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2844828>

Мікробіом немовлят проти алергії: перспективи цільової профілактики із перших місяців життя

Поширеність алергічних захворювань і бронхіальної астми в дітей неухильно зростає, що зумовлює активний пошук ефективних профілактичних стратегій у ранньому віці. Міжнародна група дослідників під керівництвом Данського технічного університету ідентифікувала раніше невідомий механізм імунної регуляції, пов'язаний із ранньою колонізацією кишечника немовлят певними біфідобактеріями. Здобуті дані свідчать, що формування специфічного мікробіотичного профілю у перші місяці життя може надалі суттєво знизити ризик алергічної сенсibilізації та астми.

Ключову роль відіграють біфідобактерії, здатні продукувати ароматичний метаболіт – 4-гідроксифенілмолочну кислоту (4-OH-PLA). У проспективному спостереженні за 147 дітьми від народження до п'ятирічного віку встановлено, що наявність цих мікроорганізмів у кишечнику немовлят асоціюється зі значно нижчим рівнем IgE-опосередкованої сенсibilізації до харчових і повітряних алергенів. Генетичний аналіз калу та визначення метаболітів у поєднанні з імунологічним оцінюванням крові дали змогу простежити чіткий біологічний ланцюг між мікробіотою і дозріванням імунної відповіді.

Механістичні експерименти з людськими імунними клітинами показали, що 4-OH-PLA вибірково пригнічує синтез імуноглобуліну E – ключового медіатора

алергічних реакцій. Зниження продукції IgE орієнтовно на 60% відбувалося без впливу на інші класи антитіл, що принципово відрізняє цей механізм від неспецифічної імуносупресії. Отже, метаболіт діє як високоспецифічний регулятор імунної толерантності, зменшуючи схильність до гіперреактивності без порушення загального імунного захисту.

Важливими із клінічного погляду є фактори, що сприяють ранньому заселенню кишечника такими біфідобактеріями. Вагінальні пологи, виключно грудне вигодовування і ранній контакт з іншими дітьми суттєво підвищують імовірність формування сприятливого мікробіотичного профілю. Водночас сучасні умови життя, зростання частоти кесаревого розтину та раннє застосування антибіотиків зменшують поширеність цих бактерій, що створює передумови для пошуку альтернативних профілактичних підходів.

Автори дослідження розглядають можливість використання пробіотичних штамів або безпосереднього додавання 4-OH-PLA до харчових сумішей для немовлят як цільову стратегію профілактики. Уже тривають клінічні випробування в межах програм раннього запобігання алергії та астмі, а використання метаболіту запатентовано для майбутніх лікарських засобів, які, на думку науковців, можуть з'явитися на ринку вже протягом двох років. У разі підтвердження ефективності у клінічних умовах цей підхід може змінити парадигму профілактики атопічних захворювань, змістивши акцент на профілактичну допомогу в перші місяці життя та запропонувавши персоналізований і біологічно обґрунтований метод.

Джерело: <https://www.nature.com/articles/s41564-025-02244-9>

Підлітковий СПК як предиктор симптомів у дорослому віці

Результати шведського проспективного когортного дослідження BAMSE, опублікованого у виданні Gastroenterology, суттєво уточнюють перебіг синдрому подразненого кишечника (СПК) від підліткового віку до раннього дорослого віку і визначають ключові предиктори збереження стану. Це клінічно важливі результати: дві третини підлітків із СПК у 16 років більше не відповідали критеріям діагнозу у 24 роки, що підтверджує динамічність розладу і природну тенденцію до покращення. Водночас саме підлітковий СПК виявився найпотужнішим предиктором симптомів у дорослому віці – фактор, який лікарі не можуть ігнорувати під час оцінювання довгострокових ризиків.

У дослідження включили 2539 учасників, яких обстежували за Римськими критеріями у 16 і 24 роки. Поширеність СПК у молодих дорослих становила 10%. Найбільш значущими чинниками ризику, крім наявного синдрому в підлітковому віці, були повторний абдомінальний біль, порушення сну, виражений психологічний дистрес, знижена самооцінка здоров'я та харчова гіперчутливість. Дані підтверджують важливу роль осі кишечник – мозок і психосоматичних механізмів, а також демонструють, що стан підлітків у період формування нейрональних регуляторних систем має прогностичне значення для подальших років.

Особливо показовою є передача ризику між поколіннями. Наявність СПК або значущого абдомінального болю хоча б в одного з батьків суттєво підвищувала ймовірність і розвитку СПК у 24 роки, і його персистенції. Згідно з науковими висновками, існує поєднання генетичної вразливості, впливу спільного середовища та механізмів соціального навчання, за якого модель поведінки батьків впливає на формування реакцій дитини на біль і стрес.

Водночас дослідники наголошують, що більшість із виявлених чинників ризику є модифікованими. Коротку тривалість сну, неподоланий підлітковий стрес, гіперреактивність на шлунково-кишкові симптоми і нездорові харчові звички можна корегувати за допомогою ранніх психоедукаційних і поведінкових втручань. «Ранні інтервенції, спрямовані на сон, психічне благополуччя та контроль шлунково-кишкових симптомів, можуть зменшити ризик тривалої симптоматики», – зазначає Магнус Сірмен, професор Гетеборзького університету (Швеція).

Важливо, що СПК у підлітків не слід розглядати як незмінний діагноз. Майже 70% пацієнтів із симптомами у 16 років не відповідали критеріям розладу у 24 роки, що засвідчує доцільність підтримувального ведення, уникнення надмірної медикалізації та фокусу на модифікації способу життя і психоемоційного стану. Натомість у підгрупах із підвищеним ризиком, особливо у разі сімейного анамнезу СПК, рання поведінкова підтримка і мультидисциплінарний підхід можуть мати профілактичний ефект.

Зважаючи на масштабність і методологічну точність BAMSE, здобуті результати закладають підґрунтя для розроблення превентивних стратегій. Дані свідчать, що підлітковий період є вікном можливостей, коли цілеспрямована корекція психосоціальних та поведінкових чинників може суттєво знизити ризик довготривалої симптоматики в дорослому віці. Висновки науковців підтверджують роль персоналізованої медицини та зміщують акцент із реактивного лікування на проактивну профілактику функціональних гастроінтестинальних розладів.

Джерело: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(26\)00033-8/pdf?referrer=https%3A%2F%2Fwww.gu.se%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(26)00033-8/pdf?referrer=https%3A%2F%2Fwww.gu.se%2F)

Ще більше новин на спеціалізованому медичному порталі



Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал



Г.В. Ярецька, лікар-отоларинголог, дитячий отоларинголог, клініка «Лампа Лу» (Київ)

Захворювання вуха в педіатричній практиці: від скринінгу слуху до тактики ведення отитів



Патологія органа слуху є однією з найпоширеніших причин звернення батьків із дітьми раннього віку до педіатра. В межах авторського вебінару висвітлено ключові аспекти діагностики порушень слуху в новонароджених, етіологію та патогенез гострого середнього отиту, принципи раціональної гігієни вуха і показання до консультації отоларинголога. Особливу увагу було приділено руйнуванню поширених міфів щодо причин отиту і догляду за вухами в дітей.



Г.В. Ярецька

Неонатальний скринінг слуху та його значення

Перевіряння слуху в неонатальному періоді є критично важливим етапом, що визначає подальший розвиток дитини. На перший-другий день після народження проводять отоакустичну емісію, що входить до переліку обов'язкових маніпуляцій поряд із вакцинацією проти гепатиту В, введенням БЦЖ, тестом на вроджені захворювання та введенням вітаміну К. Слух безпосередньо впливає на розвиток мовлення, тому виявлення порушень у перші шість місяців життя надає можливості для раннього втручання. Статистичні дані свідчать, що від одного до трьох новонароджених із тисячі мають вроджені порушення слуху, які можуть бути й однібоочними, і двобічними.

Особливість вродженої сенсоневральної приглухуватості полягає в тому, що діти з цією патологією зовні не відрізняються від здорових однолітків. Немовля може реагувати на вібрацію, лякати гучних звуків, проте мати певний рівень приглухуватості, який неможливо виявити візуально навіть під час отоскопії. Вроджена сенсоневральна приглухуватість є проблемою слухового нерва, тому єдиним способом її діагностики залишається апаратний скринінг.

Процедура отоакустичної емісії абсолютно безболісна та безпечна. Дослідження проводять під час сну дитини: у зовнішній слуховий хід встановлюють спеціальний навушник, і протягом п'ятнадцяти хвилин апарат реєструє відповідь слухових структур. У виписці з пологового будинку фіксують результати для правого та лівого вуха окремо. Якщо дитина пройшла скринінг на обидва вуха, повторне дослідження не потрібне.

Водночас негативний результат скринінгу не є остаточним діагнозом вродженої сенсоневральної приглухуватості. Причинами хибно позитивного результату можуть бути змазка в слуховому ході, навколоплідна рідина, слиз або непосидючість дитини під час обстеження. За таких обставин необхідно повторити отоакустичну емісію через місяць-півтора у спеціалізованих сурдологічних центрах.

Існує низка факторів ризику, що потребують особливої уваги щодо перевіряння слуху. До пренатальних факторів належать вроджені інфекції – цитомегаловірус, вроджений сифіліс, токсоплазмоз. Цукровий діабет першого типу або гестаційний діабет у матері, приймання аміноглікозидів чи протималярійних засобів під час вагітності, залежність від психоактивних речовин також підвищують ризик порушень слуху в дитини.

Постнатальні фактори включають екстремально низьку або низьку вагу тіла при народженні – менше ніж 1500 г, перинатальну асфіксію, ішемію, тяжку гіпербілірубінемію. Оцінка за шкалою Апгар 4 бали на першій хвилині життя або 6 балів на п'ятій хвилині, перебування у відділенні інтенсивної терапії понад п'ять днів потребують обов'язкового контролю слуху. Окрему увагу слід приділяти дітям після вродженого менингіту будь-якої етіології – вірусного, бактеріального чи грибкового, оскільки гостра сенсоневральна приглухуватість є частим ускладненням цього захворювання. Застосування ототоксичних препаратів – аміноглікозидів та діуретиків, штучна вентиляція легень понад п'ять днів, використання апарата ЕКМО, персистуюча легенева гіпертензія новонароджених також входять до переліку факторів ризику.

Сімейний анамнез важливий, якщо в батьків, дідуся чи бабусі діагностовано сенсоневральну приглухуватість саме з дитинства – набута форма не враховується. Генетичні синдроми Альпорта, Джервела – Ланге-Нільсена, нейрофіброматоз, синдром Пендред, Ашера і Ваарденбурга асоціюються з порушеннями слуху. Черепно-лицеві аномалії, зокрема розщелина піднебіння або верхньої губи, аномалії вушної раковини, атрезія зовнішнього слухового ходу ускладнюють проведення дослідження і потребують розширеної діагностики.

Алгоритм дій за негативного результату скринінгу передбачає консультацію отоларинголога та проведення розширеної діагностики включно із коротколатентними слуховими викликанними потенціалами. Направлення до сурдолога і динамічне спостереження мають забезпечити встановлення остаточного діагнозу до тримісячного віку.

Етіологія та патогенез гострого середнього отиту

Поширене переконання, що отит виникає внаслідок переохолодження або протягу, є помилковим. Холод може бути непрямим фактором, проте не є причиною захворювання. Справжній механізм розвитку отиту пов'язаний із вірусною інфекцією. Гостра респіраторна вірусна інфекція спричиняє набряк слизової оболонки носової порожнини, що порушує функцію слухової труби.

Її анатомічні особливості в дітей створюють передумови для розвитку отиту: вона широка, коротка і розташована горизонтально. Будь-який нежить із набряком носової порожнини стає фактором ризику поширення інфекції в напрямку середнього вуха. Типова послідовність подій виглядає так: нежить призводить до закладеності слухової труби, і через декілька днів розвивається отит.

Питання потрапляння води у вуха під час купання також потребує раціонального підходу. Контакт вуха з водою здебільшого не лише допустимий, а й корисний. Сірчані маси, що утворюються в зовнішньому слуховому ході, є фізіологічною нормою. Сірка виконує функцію природного бар'єра: віруси, бактерії та грибки осідають на ній, що запобігає інфікуванню шкіри зовнішнього слухового ходу. Ідеально чисте вуха, позбавлене сірки, вразливе для розвитку інфекцій.

Вода під час купання сприяє розрідженню сірки та її виведенню до зовнішньої частини слухової раковини, звідки батьки можуть безпечно видалити її біля зовнішнього слухового ходу. Існують конкретні протипоказання до потрапляння води у вуха: виділення з вуха, перфорація барабанної перетинки, наявність шунтів. Перфоративний середній отит потребує консультації отоларинголога для визначення характеру перфорації та вибору тактики лікування.

Тимпаностомічні шунти встановлюють при секреторному середньому отиті за чіткими показаннями. Ця маніпуляція є повноцінним хірургічним втручанням – тимпаностомією. За наявності шунтів категорично заборонено плавати, оскільки вода отримує прямий доступ до барабанної порожнини.

Зовнішній отит, відомий як вуха плавця, часто розвивається після перебування в морі. Морська вода не є стерильною, і контакт із нею може спричинити запалення шкіри зовнішнього слухового ходу. Клінічна картина включає виділення з вуха, виражений біль, зжухання зовнішнього слухового ходу. До одужання плавання категорично протипоказане.

Гігієна вуха і профілактика ускладнень

Використання ватних паличок для чищення вух є небезпечною практикою, що може призвести до серйозних ускладнень. У клінічній практиці трапляються випадки травматичної перфорації барабанної перетинки, коли мати під час чищення не розрахувала глибини введення палички або дитина раптово зігнулася. Наслідком стає кровотеча з вуха та перфорація, яка може не загоїтися через значні розміри.

Ватні палички є косметичним засобом, призначеним для макіяжу, а не для гігієни вух. Очищення зовнішнього вуха слід проводити м'якою серветкою або ватним диском без натискання в межах зовнішньої частини раковини. Категорично заборонено використовувати скручені серветки, шпильки та саморобні інструменти.

Застосування ватних паличок провокує формування сірчанних пробок. Паличка проштовхує сірку глибше в слуховий хід, де вона утрамбовується, і формується пробка. Крім того, постійне подразнення шкіри зовнішнього слухового ходу може спровокувати зовнішній отит або отомікоз.

Якщо педіатр під час огляду не візуалізує барабанної перетинки через надмірне накопичення сірки, дитину слід скерувати до отоларинголога. Очистити зовнішній слуховий хід необхідно до розвитку гострого середнього отиту, оскільки маніпуляція на тлі болю та запалення значно неприємніша для дитини. Профілактичне видалення сірчанних мас забезпечує можливість адекватного огляду в разі виникнення отиту в майбутньому.

Діти з atopічним або себорейним дерматитом схильні до утворення сірчано-епітеліальних пробок. Шкіра зовнішнього слухового ходу злущується, змішується із сіркою, утворюючи щільні маси, які важче видалити під час туалету вуха. Такі пробки часто потребують попереднього розм'якшення церуменолітиками протягом декількох днів.

Видаляти сірчані пробки має медичний персонал під контролем отоскопії. Неприпустимо, щоби батьки самостійно промивали вуха, оскільки неможливо контролювати повноту видалення мас та цілісність барабанної перетинки.

Показання до консультації отоларинголога і тактика ведення отитів

Негайна консультація отоларинголога показана у разі сильного або різкого болю у вусі, виділень будь-якого характеру – особливо крові, рідини чи гною з неприємним запахом,

високої температури в поєднанні з болем у вусі. Немовлята, які не можуть вербалізувати скарги, демонструють неспокій: тримаються за вуха, чухають або б'ють його, раптово плачуть без видимої причини, плачуть під час годування, часто прокидаються.

Особливу настороженість має викликати поява симптомів через три-сім днів після перенесеної ГРВІ. Якщо дитина першого року життя стала неспокійною після респіраторної інфекції, постійно плаче вночі, а педіатр не візуалізує вуха, огляд отоларинголога є обов'язковим. Видалення сірчанних мас дасть змогу встановити діагноз і визначити тактику лікування.

Почервоніння або напруження тканин за вухом, асиметрія положення вушних раковин, коли одне вуха відстовбурчується більше за інше, є тривожними симптомами, що потребують негайного втручання. Ці ознаки можуть свідчити про розвиток внутрішньочерепних ускладнень. У дітей раннього віку гострий середній отит може ускладнюватися антритом, у старших – гнійним мастоїдитом. Зростання антибіотикорезистентності призводить до того, що навіть своєчасно розпочата антибіотикотерапія не гарантує запобігання ускладненням.

Вакцинація проти пневмококової інфекції суттєво знижує ризик отитів, бактеріальних риносинуситів і пневмоній. Пневмокок посідає перше місце серед збудників цих захворювань. Щеплені діти віком понад три роки із гострим середнім отитом можуть отримувати відстрочену антибіотикотерапію, тоді як у невакцинованих дітей першого року життя отит є показанням до негайного призначення антибіотиків.

Тимпанометрія показана при рецидивуючих отитах – дватри епізоди є приводом для обстеження. Закладеність вуха, підозра на дисфункцію слухової труби, зниження слуху після ГРВІ потребують проведення комплексної імпедансометрії. Дослідження дає змогу оцінити функцію слухової труби, виявити її обструкцію, діагностувати наявність рідини в середньому вусі – секреторний середній отит. Якщо слух не відновився протягом 72 годин після ГРВІ, слід виключити гостру набуту сенсоневральну приглухуватість.

До огляду отоларинголога категорично заборонено закапувати у вуха краплі, що містять лідокаїн та феназон. Під час невиявленої перфорації ці речовини потрапляють у порожнину середнього вуха, можуть пошкодити слуховий нерв і сповільнити загоєння перфорації. Очні краплі з дексаметазоном також протипоказані. Зігрівання вуха сприяє розмноженню бактерій і погіршує перебіг захворювання.

Більше половини випадків середнього отиту не потребують місцевого лікування краплями. До огляду допомогу дитині слід обмежити системними анальгетиками на основі ібупрофену або парацетамолу. Зовнішній отит і отомікоз, на відміну від середнього отиту, можуть потребувати місцевої терапії, яку призначає отоларинголог після огляду.

Запаморочення голови, нудота і порушення рівноваги, особливо після перенесеного отиту, потребують термінової консультації отоларинголога для виключення гострого лабіринтиту – запалення внутрішнього вуха.

Травми вуха включають прямі удари, що спричиняють травматичну перфорацію барабанної перетинки, та сторонні тіла. В дитячому віці у зовнішньому слуховому ході виявляють як живі сторонні тіла – комах, мошок, так і неживі – намистинки, частинки гумки, пластиліну тощо. Особливу небезпеку становлять круглі батарейки: потрапивши в ніс, вони окислюються і за дві години можуть спричинити перфорацію носової перегородки, яка корегується лише хірургічно.

Профілактика отитів базується на вакцинації проти пневмококової інфекції на першому році життя, своєчасному лікуванні ГРВІ та раціональному підході до гігієни вух. Кожен епізод отиту потенційно впливає на слух дитини, тому своєчасне звернення до педіатра та отоларинголога залишається ключовим фактором збереження здоров'я вух.

Отже, своєчасний неонатальний скринінг слуху, вакцинація проти пневмококової інфекції, раціональна гігієна вух без використання ватних паличок і уважність до тривожних симптомів – почервоніння за вухом, виділень, порушення рівноваги – є ключовими складниками профілактики та раннього виявлення патології органа слуху в дітей. Педіатру важливо володіти отоскопією, розуміти межі власної компетенції та вчасно скерувувати пацієнта до отоларинголога.

Назік®

ПОДВІЙНА ДІЯ ПРОТИ НЕЖИТЮ



Ксилометазолін

Усуває закладеність
носа



Декспантенол

Сприяє загоюванню
ран та захищає слизові
оболонки носа



нео- ангін®

ТРИАКТИВНА ФОРМУЛА ПРОТИ БОЛЮ В ГОРЛІ¹



має потрійну дію

БАКТЕРИЦИДНУ

ПРОТИГРИБКОВУ

ЗНЕБОЛЮВАЛЬНУ



РІЗНІ СМАКИ

НАЗІК®. Склад: діючі речовини: ксилометазоліну гідрохлорид та декспантенол; 1,0 г розчину містить 1,0 мг ксилометазоліну гідрохлориду, 50 мг декспантенолу. **НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ** 1,0 г розчину містить 0,5 мг ксилометазоліну гідрохлориду, 50 мг декспантенолу. Лікарська форма. Спрей назальний, розчин. Показання: Закладеність носа під час гострого риніту; сприяння загоюванню шкіри навколо носових ходів; вазомоторний риніт; порушення носового дихання після хірургічних втручань. Протипоказання: Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату, гострі коронарні захворювання, хірургічні втручання з оголюванням мозкової оболонки в анамнезі. Назік® не застосовувати дітям віком до 6 років. Назік® для дітей не застосовувати дітям віком до 2 років. Побічні реакції. Періодично: реакції гіперчутливості (висипання, свербіж). Фармакологічні властивості. Ринологічний препарат, комбінація альфа-симпатоміметичного препарату з аналогом вітаміну для місцевого застосування на слизову носа. Ксилометазолін має судинозвужувальну активність, внаслідок чого усуває набряк слизової оболонки. Декспантенол є похідним пантотенової кислоти (вітамін B5), що сприяє загоюванню ран та захищає слизові оболонки. Категорія відпуску. Без рецепта. **НАЗІК®** РП № UA/9132/01/01. **НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ** РП № UA/9133/01/01. Виробник: Клостерфрау Берлін ГмбХ/ Klosterfrau Berlin GmbH. **НЕО-АНГІН®, НЕО-АНГІН® ШАВЛІЯ.** 1 льодяник містить 2,4-дихлорбензилового спирту 1,2 мг; амільметакрезолу 0,6 мг; левоментолу 5,9 мг. **НЕО-АНГІН® БЕЗ ЦУКРУ** 1 льодяник містить 2,4-дихлорбензилового спирту 1,2 мг, амільметакрезол 0,6 мг, левоментолу 5,72 мг. Лікарська форма. Льодяники. Фармакотерапевтична група. Препарати, які застосовуються при захворюваннях горла. Комбіновані антисептики. Код АТХ R02A A20. Показання. Місцеве лікування (у складі комплексної терапії) інфекційно-запальних захворювань порожнини рота, горла та гортані: стоматит, гінгівіт, тонзиліт, початкова стадія ангіни, фарингіт, ларингіт. Для підтримувального лікування запальних процесів слизової оболонки глотки, що супроводжуються такими симптомами, як біль у горлі, почервоніння або набряк. Протипоказання. Підвищена чутливість до 2,4-дихлорбензилового спирту, амільметакрезолу, левоментолу, барвника Понсо 4 R або будь-якої іншої допоміжної речовини лікарського засобу; антибактеріальних компонентів широкого спектра дії, які полегшують біль у горлі та зменшують дію бактерій, внаслідок бактерицидного ефекту, 2,4-дихлорбензиловий спирт чинить бактериостатичну дію за рахунок зневоднення бактеріальної клітини. Левоментол доповнює дію двох інших складових препарату анальгезуючим ефектом. Категорія відпуску: без рецепта. **НЕО-АНГІН®** РП № UA/7674/01/01, **НЕО-АНГІН® ШАВЛІЯ** РП № UA/10972/01/01, **НЕО-АНГІН® БЕЗ ЦУКРУ** РП № UA/7673/01/01. Виробник: Дивафарма ГмбХ/Divapharma GmbH, Клостерфрау Берлін ГмбХ/ Klosterfrau Berlin GmbH. Повна інформація міститься в інструкціях з медичного використання препаратів. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення у спеціалізованих виданнях, що призначені для медичних установ та лікарів, а також для поширення на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. ТОВ «АСІНО УКРАЇНА», 03124, бул. В. Гавела 8, м. Київ, Україна, тел./факс: +38 044 281 23 33. Компанія Acino, part of Arcera; www.acino.ua UA-NASC-PUB-022026-029

 **acino**
PART OF ARCERA

Комплексна терапія інфекційно-запальних захворювань верхніх дихальних шляхів у педіатричній практиці

Інфекції раннього дитинства залишаються провідним чинником формування глобального тягаря захворюваності серед дітей віком до п'яти років. Визначальне місце в структурі цієї патології посідають гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (ГВДШ), зокрема гострий назофарингіт (9,24%). Попри переважно самообмежувальний перебіг, ці стани мають не лише гострі клінічні прояви, але й потенційно негативні та довгострокові наслідки. Доведено, що часті епізоди інфекцій у ранньому віці асоціюються з підвищеною імовірністю формування хронічної патології в підлітковому періоді. Зокрема, перенесений в дитинстві назофарингіт, ларингіт і бронхіоліт корелюють із підвищеним ризиком розвитку хронічного алергічного риніту, хронічного назофарингіту і хронічного бронхіту [1]. З огляду на це, оптимізація підходів до ведення педіатричних пацієнтів із ГВДШ набуває особливої актуальності та потребує впровадження раціональних, патогенетично обґрунтованих терапевтичних стратегій.

Інфекції верхніх дихальних шляхів у педіатрії: значення назальної обструкції і вибір деконгестанта

Гостра респіраторна інфекція, відома як звичайна застуда (назофарингіт, ринофарингіт, гострий риніт), є однією з найпоширеніших патологій верхніх дихальних шляхів у педіатричній популяції. Термін «назофарингіт» використовують найбільш коректно, оскільки запальний процес у дітей зазвичай охоплює слизову оболонку носа, глотки і нерідко гортані. Анатомічна будова носової порожнини — система складок слизової оболонки, розташованих каудально від приносних пазух і краніально від ротової порожнини, — у поєднанні зі сполученням із глоткою зумовлює поширення запального процесу на суміжні відділи, формуючи клінічну картину назофарингіту. Гострий фарингіт входить до переліку найчастіших причин звернення до лікарів первинної ланки; у США щороку реєструють понад 7 млн випадків гострого фарингіту або тонзиліту. Близько 90% інфекційно-запальних захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей мають вірусну етіологію, тоді як приблизно 10% зумовлені бактеріальними, мікоплазмовими збудниками або є проявами алергічного запалення. Клінічна картина назофарингіту включає локальні симптоми (ринорея, закладеність носа, кашель, біль у горлі) та загальні прояви (лихоманка, слабкість, головний біль). У більшості випадків симптоми регресують протягом 7–10 днів, однак окремі прояви можуть зберігатися до трьох тижнів. Найчастіше при застуді показана симптоматична терапія [2, 3].

Провідними назальними симптомами під час застуди є ринорея, чхання, свербіж і назальна обструкція, причому саме закладеність носа найчастіше визначає суб'єктивний дискомфорт пацієнта і впливає на самопочуття дитини. Терапевтичні підходи до лікування гострого риніту залежать від етіології та можуть включати пероральні й інтраназальні антигістамінні засоби, топічні глюкокортикостероїди, ізотонічні сольові розчини. Антибактеріальні препарати (системні та місцеві) при неускладненому гострому риніті не показані. Системні деконгестанти мають обмежену клінічну цінність і часто асоціюються з небажаними реакціями, особливо в дитячій практиці [4]. Найбільш ефективними для швидкого усунення назальної обструкції залишаються топічні деконгестанти; водночас їхній негайний симптоматичний ефект зумовлює ризик нерационального використання, зокрема у дітей. З огляду на це, до ідеального топічного назального деконгестанту висувають чіткі вимоги: швидкий початок дії; тривалість ефекту до 12 годин; належність до групи імідазолінів як найбільш безпечного класу; можливість застосування у різних вікових групах; наявність протизапальних властивостей; доведена ефективність при вазомоторному риніті; підтверджене зменшення назальної обструкції. Препарати групи імідазолінів, зокрема оксиметазолін і ксилометазолін, найбільш повно відповідають зазначеним критеріям ефективності та безпеки [3].

Враховуючи високу частоту назофарингіту у дітей, терапія має враховувати не лише симптоматичний, а й патогенетичний аспект. Часті інфекції дихальних шляхів у дитячому віці асоціюються з ризиком хронічного

запалення та імунного ремоделювання. Імунологічна незрілість, генетична схильність і особливості мікробіому можуть визначати індивідуальну вразливість до інфекцій. Персистуюче запалення, імуноопосередковане ушкодження тканин і структурні зміни слизової оболонки здатні сприяти формуванню хронічної патології. Запальні реакції можуть індукувати клітинне ремоделювання та фіброз із подальшим зниженням місцевих захисних механізмів. Порушення регуляції імунної відповіді інколи призводить до ауто-реактивних процесів і тривалого ушкодження тканин [1, 5]. Отже, поряд із симптоматичним контролем ключовим завданням є відновлення слизової оболонки та профілактика хронізації процесу.

Діти є особливо вразливою групою населення через недостатність механізмів імунного захисту і високий рівень впливу факторів ризику інфекційних захворювань навколишнього середовища, тому ефективна симптоматична терапія риніту і попередження довгострокових наслідків ранніх інфекцій у дітей лягли в основу розроблення препарату Назік® для дітей (виробництва компанії Дивафарма ГмБХ/Клостерфрау Берлін ГмБХ, Німеччина).

Комбінований препарат Назік® для дітей дозволений до застосування з дворічного віку. Він поєднує ксилометазолін у концентрації 0,05% — альфа-адреноміметик, що забезпечує швидке звуження судин слизової оболонки носа та зменшення набряку, і декспантенол, який сприяє зволоженню та репарації епітелію. Інтраназальне застосування ксилометазоліну 0,05% у дітей продемонструвало ефективність навіть у післяопераційному періоді після втручання у порожнину носа, а низька концентрація деконгестанту дає змогу безпечно застосовувати топічні засоби для лікування риніту різної етіології [6]. Декспантенол у складі препарату Назік® для дітей швидко трансформується у пантотенову кислоту (вітамін B5), що бере участь у численних ферментативних реакціях, необхідних для фізіологічного функціонування епітелію. Він стимулює проліферацію клітин, підтримує бар'єрну функцію слизової оболонки і чинить репаративний ефект. Доведено, що декспантенол зменшує негативний вплив класичних деконгестантів і бензалконію хлориду на циліарну активність та клітинну проліферацію *in vitro*. У великому рандомізованому, подвійному сліпому дослідженні за участі 152 пацієнтів додання декспантенолу до ксилометазоліну забезпечило швидше зникнення симптомів: уже на третій день спостерігалось значне покращення, а через п'ять днів одужання досягнуто у 47% пацієнтів порівняно з 1% за монотерапії ксилометазоліном [7]. Комбінація сприяє не лише покращенню переносимості, а й підвищенню загальної ефективності лікування. Поєднання ксилометазоліну і декспантенолу, представлене у складі препарату Назік® для дітей, забезпечує вплив і на судинний компонент набряку, і на відновлення слизової оболонки. Це супроводжується швидким зменшенням назальної обструкції, покращенням сну в дітей та скороченням тривалості захворювання. Комплексний

механізм дії сприяє профілактиці медикаментозного риніту і знижує ризик формування залежності за умови раціонального застосування [8].

Безпечна й ефективна топічна терапія гострого фарингіту

Назофарингіт залишається однією з найчастіших патологій у педіатричній практиці та переважно асоціюється з первинними вірусними інфекціями дихальних шляхів у дітей раннього віку. Розвиток захворювання пов'язаний із поєднанням адаптивної судинної конгестії, функціональної незрілості імунної відповіді у дітей та впливу вірулентного патогена. Єдність анатомо-функціональної системи верхніх дихальних шляхів пояснює швидке залучення глотки до патологічного процесу при застуді та гострому риніті [9]. Клінічно назофарингіт проявляється болем у горлі, гіперемією слизової оболонки глотки, інколи — петехіями на м'якому піднебінні та задній стінці глотки. Для підтвердження діагнозу при фарингіті доцільно провести щонайменше одне мікробіологічне дослідження. Водночас рутинне призначення антибактеріальної терапії не рекомендоване через переважно вірусну етіологію захворювання [10]. Нераціональне використання антибіотиків сприяє зростанню антимікробної резистентності, що є актуальною проблемою сучасної медичної практики. Оптиміальна терапевтична стратегія при неускладненому фарингіті у дітей має забезпечувати швидке симптоматичне полегшення, зокрема анальгетичний ефект, а також вплив на інфекційний чинник, що обґрунтовує застосування топічних антисептичних засобів. Лікарські форми місцевого застосування (наприклад, пастилки, спреї) забезпечують постачання активних компонентів безпосередньо до вогнища запалення, що сприяє зниженню системного навантаження і мінімізації ризику побічних реакцій. Комбінації антисептиків із місцевими анестетиками, зокрема амліметакрезолу (АМС) і 2,4-дихлорбензилового спирту (ДСБА), були спеціально розроблені для купірування симптомів болю в горлі. У плацебоконтрольованих дослідженнях продемонстровано статистично значуще зменшення інтенсивності болю, а також антибактеріальну активність *in vivo* та *in vitro*.

Пастилки з АМС/ДСБА проявляли віруліцидну дію *in vitro* щодо трьох високопатогенних вірусів — респіраторно-синцитального, вірусу грипу А та коронавірусу (SARS-CoV), що пов'язано із впливом на ліпідні мембрани вірусів і порушенням білково-ліпідних взаємодій. Піковий віруліцидний ефект у дослідженнях *in vitro* спостерігався вже через 1 хвилину експозиції. Також відзначено активність щодо вірусу парагрипу та цитомегаловірусу зі статистично значущим зниженням вірусного титру порівняно з плацебо [11].

Серед компонентів зі знеболювальним потенціалом особливу увагу привертають похідні ментолу. Ментол є селективним агоністом іонних каналів TRPM8 (transient receptor potential melastatin-8) та чинить вазоактивну дію. Як місцевий засіб він діє за принципом контрольованого подразнення, забезпечуючи відчуття охолодження

з подальшою десенсибілізацією ноцицепторів; крім того, можливе залучення центральних анальгетичних механізмів. Вивчення TRPM8 дало змогу сформулювати молекулярне підґрунтя анальгетичної та охолоджувальної дії ментолу й пояснити його ефективність при різних больових синдромах. Сучасне розуміння фармакодинаміки ментолу сприяло розширенню клінічних показань до його застосування [12]. Так, похідне ментолу — левоментол — у поєднанні з антисептичними компонентами демонструє клінічно значущу ефективність при фарингіті. Комбінація 2,4-дихлорбензилового спирту, амліметакрезолу та левоментолу забезпечує комплексний місцевий вплив завдяки поєднанню антимікробних і симптоматичних ефектів. Антисептичні компоненти зменшують мікробне навантаження на слизову оболонку ротоглотки, тоді як левоментол забезпечує швидкий охолоджувальний і анальгетичний ефект. За результатами клінічного дослідження, початок дії такої комбінації спостерігався в середньому протягом 5 хвилин, тривалість ефекту становила близько трьох годин, а вже через два дні відзначалося клінічно значуще зменшення симптоматики. Переносимість оцінена лікарями як добра або дуже добра більш ніж у 97% випадків, пацієнтами — у понад 93%; більшість хворих висловила готовність до повторного застосування препарату. Високий рівень комплаєнсу пов'язаний зі швидкістю дії, зручністю використання і приємними органолептичними характеристиками, що надзвичайно важливо у педіатричній практиці [13]. Зазначена комбінація реалізована у лікарському засобі **Нео-Ангін®** (виробництва компанії Дивафарма ГмБХ/Клостерфрау Берлін ГмБХ, Німеччина). Препарат містить 2,4-дихлорбензиловий спирт (похідне бензолу), амліметакрезол (похідне фенолу) та левоментол (циклічний монотерпен). Антисептична дія ДСБА та АМС зумовлена їхніми поверхнево-активними властивостями і взаємодією з ліпідними компонентами клітинних мембран; 2,4-дихлорбензиловий спирт проявляє бактеріостатичний ефект, зокрема через дегідратацію мікробної клітини, що пояснює додаткову активність засобу **Нео-Ангін®** щодо бактерій і грибів. Левоментол доповнює антисептичну дію знеболювальним ефектом через стимуляцію холодових рецепторів слизової оболонки. Пастилки сприяють полегшенню симптомів катаральних запальних процесів ротової порожнини і глотки, характеризуються доброю переносимістю та приємним смаком, що позитивно впливає на прихильність до лікування у дітей. Використання ізомальту як замітника цукру підвищує профіль безпеки; відсутність агресивних консервантів є додатковою перевагою дитячих форм. Препарат показаний дітям віком від шести років; рекомендовано повільно розсмоктувати по 1 пастилку кожні 2–3 години (до 6 пастилок на добу). Стандартна тривалість курсу зазвичай становить 3–4 дні.

Отже, синергічне застосування назального спрею Назік® для дітей і пастилок Нео-Ангін® реалізує патогенетично обґрунтовану стратегію «двох кроків», спрямовану на одночасну деконгестію носової порожнини, покращення роботи пазух і контроль запалення в ротоглотці. Комплексний вплив на ключові симптоми інфекційно-запальних захворювань верхніх дихальних шляхів сприяє швидшому клінічному відновленню, підвищує комфорт лікування та покращує загальний стан дитини.

Список літератури — в редакції.

Підготувала Катерина Пашинська

UA-NASC-PUB-032026-093

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні

Аналітичний звіт щодо пункту 71 плану діяльності Міністерства охорони здоров'я України на 2025 рік

В Україні зростає захворюваність на злоякісні новоутворення (ЗН). Зокрема, за останні три роки узагальнені показники погіршилися на 16%. Втім, незважаючи на складнощі, зумовлені воєнними діями росії проти нашої країни, показник летальності внаслідок ЗН усіх локалізацій має тенденцію до зниження протягом останніх п'яти років. Це засвідчує аналітичний звіт Міністерства охорони здоров'я щодо онкоепідеміологічної ситуації в Україні та плану діяльності на 2025 р.

Загальна захворюваність на ЗН

Показник захворюваності на ЗН всіх локалізацій в Україні за підсумками 2024 р. становив 271,1 на 100 тис. населення.

Найвищі показники захворюваності зафіксовані в Кіровоградській (459,9), Черкаській (455,6), Чернігівській (438,8), Хмельницькій (426,1), Сумській (373,1) областях.

Враховуючи значну різницю варіацій показника захворюваності на ЗН (від 31,9 у Луганській області до 459,9 у Кіровоградській), варто інтерпретувати його середнє значення зі статистичною обережністю.

Структура захворюваності на ЗН та її гендерні особливості

В структурі захворюваності за локалізаціями ЗН перше місце посідають новоутворення органів травлення – 22,4% (переважно це ЗН шлунка, ободової кишки, ректосигмоїдного з'єднання та прямої кишки); на другому місці – ЗН жіночих статевих органів (20,6%, здебільшого це рак тіла та шийки матки); на третьому – ЗН молочної залози (20,3% в загальній структурі захворюваності).

Вона має певні регіональні відмінності: превалювання ЗН органів травлення притаманне 13 областям (Вінницька, Волинська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Сумська, Тернопільська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська), тоді як в п'яти областях (Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Полтавська) і Києві найчастіше виявляють рак молочної залози.

В п'яти областях (Житомирська, Луганська, Рівненська, Харківська, Чернівецька) перше місце в структурі захворюваності на ЗН посідає онкопатологія жіночих статевих органів, й лише у Львівській області превалюють ЗН чоловічих статевих органів (передміхурової залози).

Враховуючи гендерні особливості, виявлені під час розгляду загального показника захворюваності на онкопатологію, варто звернути увагу на структуру захворюваності за локалізаціями ЗН щодо статі.

Слід зауважити, що перше місце в структурі захворюваності серед чоловіків посідають ЗН органів травлення – 25,8%, причому майже половина цих випадків (49,7%) – ЗН товстого

кишечника, на другому місці – ЗН чоловічих статевих органів – 17,0% (94% цих захворювань – це ЗН передміхурової залози), на третьому місці – ЗН органів дихання і грудної клітки – 16,2%, причому у 82% випадків – це ЗН трахеї, бронхів, легені.

В структурі захворюваності на ЗН серед жіночого населення перше місце посідають ЗН жіночих статевих органів – 21,5%, серед яких майже половина (49,5%) – рак тіла матки, рак шийки матки – 24,6% від ЗН жіночих статевих органів, 20,6% – рак яєчників. На другому місці – ЗН молочної залози (21,2% від усіх вперше виявлених ЗН серед жінок), на третьому – ЗН органів травлення (19,2%), причому понад половину цих випадків (57,2%) також становить рак товстого кишечника.

Динаміка захворюваності за регіонами та нозологічними формами

Узагальнені показники захворюваності на ЗН демонструють тенденцію до зростання на 16% за останні три роки: з 233,8 у 2022 р. до 271,1 у 2024 р. (рис. 1).

Зростання захворюваності на ЗН притаманне більшості регіонам України, за винятком Донецької, Херсонської, Запорізької та Луганської областей.

Найбільші темпи приросту захворюваності спостерігаються в Харківській (у 2,6 раза), Миколаївській (на 71,9%) та Одеській (на 36,3%) областях. Слід зауважити, що в Харківській області у 2024 р. збільшилася площа звільнених територій порівняно з 2022 р., коли вона посідала друге місце за показниками найнижчої захворюваності на ЗН після Луганської.

Щодо нозологічних форм, найбільші темпи приросту демонструють локалізації, наведені на рис. 2.

Так, захворюваність на ЗН щитоподібної залози зросла на 80%, захворюваність на ЗН чоловічих статевих органів збільшилася на 45%, ЗН шкіри (за винятком меланоми) демонструють приріст на 35,4%, меланома шкіри – на 31,5%, ЗН нирок – на 23,1%.

Слід звернути увагу, що більшість нозологічних форм із найвищими темпами захворюваності, такі як меланома та інші новоутворення шкіри, новоутворення щитоподібної залози, можуть привертати увагу лікарів будь-яких спеціальностей під час огляду та фізикального обстеження пацієнта, тобто йдеться про підвищення онконастороженості серед медичних працівників.

Вікові особливості онкологічної захворюваності

Ризик виникнення онкологічного захворювання зростає переважно з віком, демонструючи найвищі рівні захворюваності у віковій групі 75-79 років, але окремі локалізації мають відмінні тенденції (рис. 3).

Так, гострий лімфобластичний лейкоз має найвищий рівень захворюваності у віковій групі 1-4 роки. Хвороба Ходжкіна – у віковій групі 25-29 років, ЗН яєчка найбільше притаманні для вікової групи 35-39 років, ЗН шийки матки та щитоподібної залози мають пік захворюваності у віці 50-54 роки.

ЗН кісток і суглобових хрящів мають два піки найвищої захворюваності – у віковій групі 10-14 років та у віці 70-74 роки (додаток).

Дитяче населення у віці 0-17 років включно значно менше вражає онкологічна патологія. У 2024 р. в Україні було зареєстровано 502 випадки онкологічних захворювань у дітей від 0 до 17 років включно, що становило 6,8 випадку на 100 тис. дитячого населення. Високий показник дитячої онкопатології спостерігався у Закарпатській (11,1), Львівській та Сумській (10,7), Чернігівській (10,6), Рівненській (10,3), Тернопільській (10,0), Черкаській (9,6), Кіровоградській (8,9), Житомирській (8,8), Волинській (8,5) областях. Показник дитячої онкології, нижчий за загальноукраїнський, фіксувався у Вінницькій (4,0) області, Києві (4,8), Запорізькій (4,3) та Івано-Франківській (5,9) областях.

У структурі ЗН серед дітей віком 0-17 років включно перше місце посів лімфоїдний лейкоз

(лімфолейкоз) – 23,5%, друге місце – лімфоми (14,3%), третє місце – ЗН інших та неуточнених відділів нервової системи (12,9%), четверте місце – ЗН головного мозку (12,1%), п'яте місце – гострий мієлолейкоз (2,8%).

Діагностика ЗН

Своєчасне виявлення онкологічних захворювань має важливе значення, адже саме рання діагностика значно підвищує шанси на успішне лікування, зменшення його складності та вартості й покращує прогноз щодо тривалості збереження життя і його якості.

Найкращі показники раннього виявлення ЗН (тобто питома вага хворих із вперше встановленим діагнозом, які мали I-II стадію захворювання згідно з класифікацією TNM) у 2024 р. продемонстрували Сумська (58,0%), Кіровоградська (52,6%), Хмельницька (52,1%) області.

Слід зазначити про забезпечення достатньо високого раннього виявлення ЗН у Кіровоградській області, де фіксується найвищий рівень онкологічної захворюваності, що є важливим позитивним аспектом діяльності.

Найнижча питома вага ЗН, виявлених на ранніх стадіях, реєструвалася у Закарпатській (38,7%), Харківській (39,1%), Миколаївській (40,9%) областях (таблиця 1).

Під час аналізу даних звітної форми № 35 «Звіт про хворих на ЗН за 20__рік» простежуються доволі широкі коливання такого показника, як питома вага хворих, узятих на облік у звітному році, із невизначеною стадією онкозахворювання – від 8,3% у Чернівецькій області до 26,7% у Миколаївській. Водночас наявна деяка тенденція підвищення цього показника в областях із найгіршим рівнем раннього виявлення онкозахворювань, а також у Києві. Така ситуація потребує уваги, адже демонструє складнощі у діагностиці онкозахворювань ймовірно занедбаних стадій, що може спричинити утруднення доступу пацієнтів до лікування та паліативної допомоги.

Аналізуючи стан своєчасності діагностики і виявлення за локалізаціями злоякісних пухлин, найвищий рівень виявлення у занедбаному стані (тобто на III-IV стадії за класифікацією TNM) притаманний онкопатології глотки (82,9%). Певною мірою це може бути пов'язано з рідкістю таких локалізацій – 1,8% від загального числа вперше виявлених ЗН протягом 2024 р.

Друге місце щодо частоти виявлення в занедбаній стадії посідає локалізація злоякісних пухлин у трахеї, бронхах та легенях (73,4%).

Це є тривожним показником, з огляду на те, що онкопатологія нижніх дихальних шляхів входить до п'ятірки найпоширеніших захворювань за локалізаціями ЗН.

На третьому місці щодо частоти виявлення ЗН у занедбаних стадіях – рак шлунка (64,6%).

Питома вага вперше виявлених у занедбаній стадії ЗН ободової кишки (52,7%) та ректосигмоїдного відділу та ануса (56,6%) також залишається на високому рівні. Враховуючи, що ЗН системи травлення (через локалізацію злоякісних пухлин у шлунку, ободової кишки, ректосигмоїдного відділу та ануса) посідають перше місце в структурі захворюваності на ЗН за локалізаціями, увага щодо своєчасного виявлення цієї онкопатології є обґрунтованою (таблиця 2).

Згідно із таблицею 2, проблема виявлення онкозахворювань органів травлення на занедбаних стадіях є комплексною й найбільш вираженою серед мешканців Луганської, Закарпатської, Харківської, Чернівецької та Донецької областей.

Враховуючи, що частина перелічених областей має тимчасово окуповані території та зони бойових дій, така картина може свідчити про проблеми із доступністю своєчасної діагностики для внутрішньо переміщених осіб та мешканців прифронтових територій.

Медичне спостереження

Втім, незважаючи на складнощі, зумовлені воєнною агресією росії, показник летальності внаслідок ЗН всіх локалізацій має тенденцію до зниження протягом останніх п'яти років: із 24,2% у 2020 р. до 20,7% у 2024 р. (рис. 4).

Цей показник демонструє значні коливання за регіонами (рис. 5).

Найвищі показники летальності у 2024 р. зареєстровані у Закарпатській (31,9%), Тернопільській (28,5%) та Дніпропетровській (27,8%)

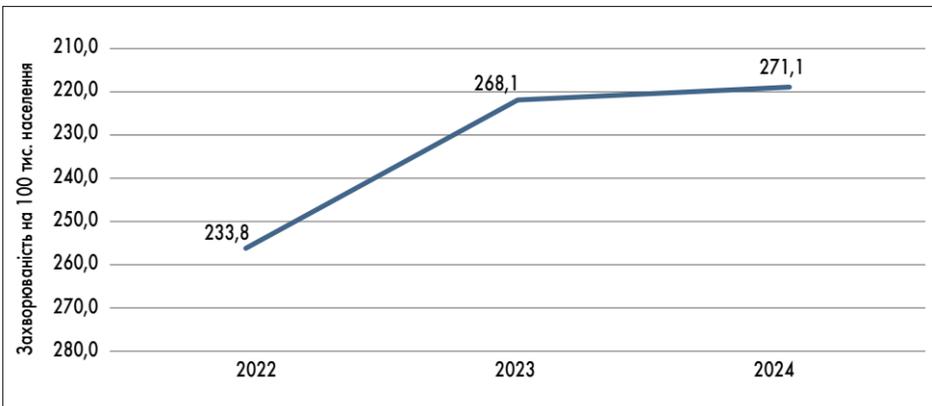


Рис. 1. Динаміка захворюваності на ЗН усіх локалізацій в Україні за 2022-2024 рр.

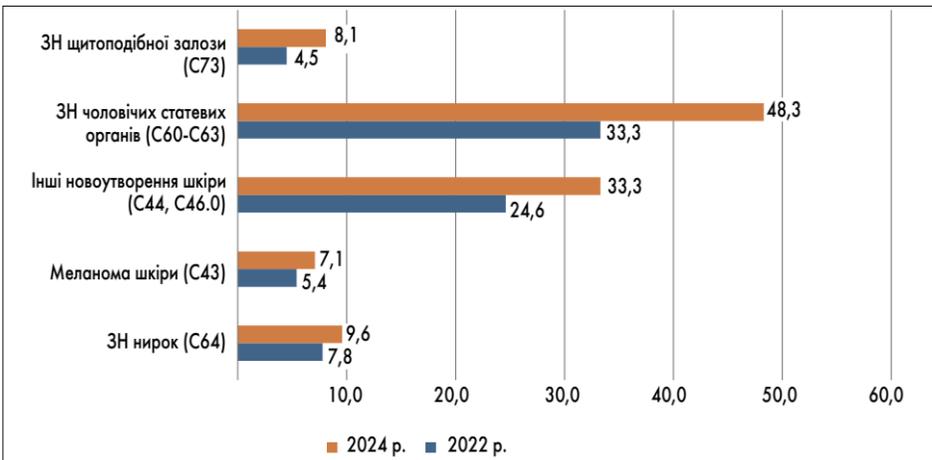


Рис. 2. Динаміка захворюваності на ЗН із найбільшими темпами приросту в 2024 р.

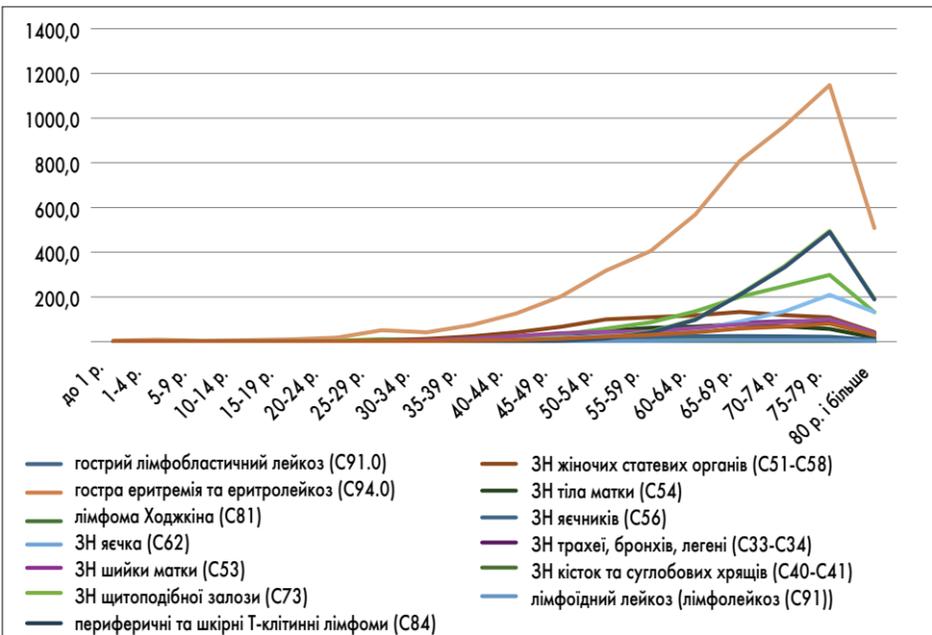


Рис. 3. Показники захворюваності на ЗН окремих локалізацій за віком у 2024 р. (на 100 тис. населення)

Продовження на стор. 18.

Додаток. Повіковий розподіл захворюваності на злоякісні новоутворення окремих локалізацій

Найменування	Всього	До 1 року	1-4 р.	5-9 р.	10-14 р.	15-19 р.	20-24 р.	25-29 р.	30-34 р.	35-39 р.	40-44 р.	45-49 р.	50-54 р.	55-59 р.	60-64 р.	65-69 р.	70-74 р.	75-79 р.	80 р. і більше	Вікова група з найвищим рівнем захворювання		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Злоякісні новоутворення всього C00-C97	271,1	4,4	8,6	4,0	6,7	10,8	17,7	51,6	41,6	73,8	126,1	202,2	317,1	405,0	569,1	809,7	965,9	1147,8	507,7	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення губи C00	0,7					0,1				0,1	0,1	0,3	0,6	0,6	1,0	2,5	2,2	4,2	3,5	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення ротової порожнини C00-C08, C46.2	4,3							0,2	0,6	0,9	2,8	4,2	9,1	9,5	11,1	12,0	10,4	9,1	4,5	65-69 р.		
Злоякісні новоутворення глотки C09-C14	4,8					0,1	0,1	0,5	0,1	0,8	2,6	6,3	10,0	12,4	12,7	14,4	11,8	6,5	2,1	65-69 р.		
Злоякісні новоутворення органів травлення C15-C26	60,7	0,4	0,1		0,1	0,3	1,1	3,3	3,3	7,3	15,7	32,1	57,8	86,3	135,8	200,3	249,0	298,4	131,4	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення стравоходу C15	3,0							0,2	0,1	0,1	1,1	2,2	4,3	6,6	9,0	10,1	8,7	10,6	3,2	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення шлунку C16	11,7						0,4	0,6	0,9	1,8	4,0	6,3	11,1	15,2	25,8	37,1	47,6	58,1	26,3	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення тонкого кишечника C17	0,7							0,1	0,2	0,3	0,3	0,8	0,8	1,1	1,5	1,8	1,8	2,3	1,0	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення ободової кишки C18	17,4				0,1			0,4	1,3	1,0	2,2	3,6	7,7	13,9	22,2	36,3	57,5	78,0	95,9	40,4	75-79 р.	
Злоякісні новоутворення прямої кишки, ректосигмоїдного з'єднання, анусу C19-C21	14,8							0,1	0,1	0,9	0,6	1,7	4,1	8,0	14,4	21,5	34,6	51,8	60,5	67,0	27,3	75-79 р.
Злоякісні новоутворення печінки та внутрішніх жовчних протоків C22	3,1	0,4	0,1			0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,7	2,2	3,8	6,1	6,7	10,2	11,6	11,8	6,2	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення жовчного міхура та позапеч. жовчних протоків C23-C24	1,6								0,1	0,1	0,2	0,7	1,8	2,0	2,8	6,0	7,4	7,8	4,7	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення підшлункової залози C25	8,3					0,1	0,1	0,1	0,3	0,7	1,8	4,1	7,7	11,6	18,8	25,6	33,0	44,7	22,0	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення органів дихання та грудної клітини C30-C39, C45.0	26,8		0,2		0,2	0,3	0,6	1,0	0,9	2,2	6,3	12,7	29,6	47,1	71,6	99,0	103,9	99,3	36,1	70-74 р.		
Злоякісні новоутворення порожнини носа, середнього вуха, придатк. пазух C30-C31	0,5					0,1	0,1	0,2		0,1	0,4	0,4	0,9	1,2	1,2	1,6	1,5	1,3	0,9	65-69 р.		
Злоякісні новоутворення гортані C32	3,2								0,2	0,2	0,8	2,1	4,8	7,1	10,5	12,3	9,4	7,6	1,7	65-69 р.		
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів C33-C34	22,3					0,1	0,2	0,5	0,6	1,5	4,4	9,7	23,2	37,7	58,4	83,1	91,2	88,0	33,1	70-74 р.		
Злоякісні новоутворення плеври C38.4, C45.0	0,3						0,1	0,1			0,2	0,1	0,3	0,3	0,4	1,2	0,8	1,6	0,3	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення кісток та суглобових хрящів C40-C41	0,5			0,3	0,9	0,7	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	0,5	0,7	0,6	0,9	1,3	1,0	0,7	70-74 р.		
Злоякісні новоутворення сполучної та інших тканин C46.1, C49	1,5		0,2	0,1	0,5	0,4	0,3	1,0	0,8	1,0	1,3	1,5	2,1	2,2	2,1	2,4	4,5	5,8	2,3	75-79 р.		
Меланоми шкіри C43	7,1		0,1		0,1	0,2	1,3	4,8	3,4	4,5	6,4	7,8	9,4	8,7	12,1	16,2	20,4	26,0	12,3	75-79 р.		
Інші новоутворення шкіри C44, C46.0	33,3				0,1	0,1	0,7	2,7	1,9	4,1	8,5	16,0	26,4	34,4	53,9	89,7	135,5	209,3	132,4	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення молочної залози C50	29,8					0,1	0,3	3,7	5,6	13,8	25,4	38,4	43,6	46,3	61,2	78,0	87,6	100,0	38,5	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення жіночих статевих органів всього C51-C58	55,8				0,5	1,0	2,4	5,4	12,8	23,3	41,5	66,2	99,9	109,0	117,6	133,0	118,3	108,8	42,2	65-69 р.		
Злоякісні новоутворення вульви C51	1,9					0,1	0,1		0,1	0,2	0,9	0,7	1,2	1,8	2,5	4,6	5,9	9,3	6,6	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення шийки матки C53	13,7						0,6	2,5	8,2	14,7	20,4	24,8	27,4	23,4	21,1	22,0	17,8	17,4	7,1	50-54 р.		
Злоякісні новоутворення тіла матки C54	27,6						0,4	1,3	2,1	4,4	10,0	22,1	48,5	61,4	67,0	78,7	68,4	57,0	18,5	65-69 р.		
Злоякісні новоутворення яєчників C56	11,5				0,5	0,9	1,1	1,2	2,4	3,7	9,5	17,0	21,2	20,6	24,7	25,1	23,8	21,7	8,1	65-69 р.		
Злоякісні новоутворення інших придатків матки C57	0,4							0,1			0,3	0,6	0,6	1,0	0,9	0,8	0,5	0,3	0,3	55-59 р.		
Злоякісні новоутворення чоловічих статевих органів C60-C63	48,3				0,2	1,4	2,9	3,3	2,4	4,1	5,3	6,5	17,0	43,2	100,4	214,3	340,2	496,0	191,8	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення статевих органів C60	0,9									0,1	0,6	1,0	0,9	1,1	1,9	3,3	4,7	4,9	2,5	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення передміхурової залози C61	45,6					0,2	0,1		0,1	0,2	0,9	3,8	14,7	40,9	97,3	210,0	333,2	490,1	188,0	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення яєчка C62	1,8				0,1	1,2	2,8	3,3	2,3	3,8	3,6	1,6	1,2	1,1	1,1	0,9	2,1	0,7	1,0	35-39 р.		
Злоякісні новоутворення сечових органів C64-C68	18,7	1,5	0,7	0,1		0,1	0,7	1,8	1,7	4,5	8,1	13,2	22,9	30,1	41,8	59,0	67,6	80,4	29,6	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення нирки C64	9,6	1,5	0,7	0,1		0,1	0,2	1,0	0,9	3,0	5,1	9,3	14,4	17,6	23,1	29,2	30,8	32,2	8,3	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення сечового міхура C67	8,6					0,1	0,4	0,7	0,8	1,5	2,7	3,7	7,9	11,8	17,3	28,1	34,8	45,7	20,0	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення ока та його придатків C69	0,3		0,5					0,2	0,2	0,1	0,2	0,6	0,6	0,5	0,6	0,8	1,0	1,1	0,2	75-79 р.		
Злоякісні новоутворення інших та неуточнених відділів нервової системи C70-C72	3,1	0,7	1,2	0,7	1,0	0,6	0,7	1,2	1,3	1,8	1,9	3,8	5,0	5,6	6,8	7,2	7,7	6,1	1,9	70-74 р.		
Злоякісні новоутворення головного мозку C71	3,0	0,7	1,2	0,6	1,0	0,6	0,6	1,2	1,3	1,6	1,7	3,7	4,7	5,5	6,4	7,0	7,3	5,9	1,8	70-74 р.		
Злоякісні новоутворення щитовидної залози C73	8,1				0,5	2,2	3,7	11,3	8,1	10,5	13,2	13,8	16,5	12,5	9,9	11,0	7,7	7,4	1,2	50-54 р.		
Злоякісні новоутворення інших ендокринних залоз C74-C75	0,3	0,7	0,3		0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5	0,7	0,5	0,3	0,3	до 1 р.		
Злоякісні новоутворення лімфатичної та кровотворної та споріднених тканин C81-C96	13,4	0,4	4,6	2,6	2,7	4,2	4,8	9,7	5,5	6,7	7,5	9,0	15,8	19,5	26,6	35,6	39,1	44,0	15,1	75-79 р.		
Лімфоми C81-C85, C88, C90	8,2		0,4	0,4	1,3	2,7	4,0	7,6	4,2	4,8	5,2	6,2	9,2	12,2	17,0	20,3	23,2	25,7	7,8	75-79 р.		
Хвороба Ходжкіна C81	1,5		0,1	0,1	0,9	1,9	3,0	4,9	2,5	1,8	1,5	1,3	1,2	1,4	1,2	1,3	1,7	1,2	0,2	25-29 р.		
Неходжкінські лімфоми C82, C83, C85	4,3		0,3	0,3	0,2	0,6	0,8	2,2	1,5	2,4	2,8	3,6	4,7	6,8	8,9	11,4	13,1	16,6	5,9	75-79 р.		
Периферичні та шкірні Т-клітинні лімфоми C84	0,3				0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,6	0,3	0,8	0,6	0,5	0,6	0,2	60-64 р.		
Злоякісні імунопроліферативні хвороби C88	0,2											0,1	0,3	0,4	0,7	0,8	1,0	1,4	0,3	75-79 р.		
Множинна міелома та злоякісні плазмоклітинні новоутворення C90	1,8							0,3	0,1	0,3	0,6	0,9	2,4	3,2	5,5	6,2	6,8	5,9	1,2	70-74 р.		
Лейкози C91-C95	5,0	0,4	4,1	2,2	1,4	1,6	0,8	2,0	1,2	1,7	2,2	2,7	6,2	7,0	9,2	14,4	15,4	17,4	7,2	75-79 р.		
Лімфоїдний лейкоз (лімфолейкоз) C91	2,2	0,4	3,7	1,6	0,8	0,9	0,3	0,6	0,2	0,5	0,7	1,3	2,7	3,1	4,4	6,5	6,6	6,5	3,3	70-74 р.		
гострий лімфобластичний лейкоз C91.0	0,6	0,4	3,6	1,5	0,8	0,7	0,3	0,5	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,4	0,6	0,6	0,3	0,3	1-4 р.		
Мієлоїдний лейкоз (мієлолейкоз) C92	1,5		0,4	0,2	0,3	0,5	0,4	0,7	0,4	0,9	0,7	0,8	1,8	2,1	2,8	3,9	4,8	6,5	2,2	75-79 р.		
гострий мієлоїдний лейкоз C92.0	0,9		0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,4	0,4	0,8	1,3	1,8	2,3	3,5	4,0	1,2	75-79 р.		
Моноцитарний лейкоз C93	0,2			0,1				0,2	0,1	0,1			0,1	0,3	0,2	0,4	1,0	1,0	0,5	65-69 р.		
гострий моноцитарний лейкоз C93.0	0,1			0,1				0,2	0,1	0,1			0,1	0,2	0,1	0,2	0,5	0,3	0,2	65-69 р.		
Інший лейкоз уточненого клітинного типу C94	0,8				0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	0,2	0,7	0,4	1,1	1,1	1,4	2,4	2,2	2,9	0,8	75-79 р.		
Лейкоз неуточненого клітинного типу C95	0,2			0,2	0,1	0,1		0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,							

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні

Аналітичний звіт щодо пункту 71 плану діяльності Міністерства охорони здоров'я України на 2025 рік

Продовження. Початок на стор. 16.

областях. Спеціалістам із областей із найнижчими рівнями цього показника – Луганської (3,2%) та Харківської (7,8%) – варто звернути увагу на якість обліку і достовірність наданих до канцер-реєстру показників.

Під час аналізу летальності за локалізаціями ЗН найвищий її рівень (52%) притаманний раку стравоходу. Друге місце посідають злоякісні пухлини трахеї, бронхів і легені (50,3%), що певним чином корелює із високим рівнем виявлення пухлин цієї локалізації у занедбаній стадії. Через високий рівень захворюваності проблема профілактики та боротьби з цим захворюванням набуває пріоритетності.

На третьому місці – рак шлунка (45,3%), що також є тривожною тенденцією, враховуючи високу частоту його виявлення у занедбаній стадії та певну питому вагу в структурі захворюваності.

Показник п'ятирічної виживаності при захворюванні на ЗН всіх локалізацій має позитивну

тенденцію протягом останніх п'яти років (рис. 6).

Втім варто звернути увагу, що показники п'ятирічної виживаності мають значно нижчі значення для дитячого контингенту: щодо злоякісних захворювань усіх локалізацій цей показник у віці до 14 років становить 57,0%, проте у віці 15-17 років підвищується до 71,1%. Найбільш тривожні показники зареєстровані при ЗН щитоподібної залози (20,4%) та злоякісних лімфомах (47,4%).

За регіонами показник п'ятирічної виживаності не зазнає суттєвих коливань (рис. 7).

Висновки

1. Захворюваність на ЗН протягом останніх трьох років має тенденцію до зростання – на 16% у 2024 р. щодо 2022 р.

2. В структурі захворюваності за локалізаціями перше місце посідають новоутворення органів травлення (22,4%), на другому місці – ЗН

Область	Узято на облік	Стадія захворювання, згідно з TNM			I-II стадії (%)	Невизначена стадія (%)
		(I-II)	(III)	(IV)		
Закарпатська	2 814	1 089	590	776	38,7	12,8
Харківська	4 174	1 631	662	955	39,1	22,2
Миколаївська	2 863	1 171	436	491	40,9	26,7
Рівненська	3 005	1 299	525	411	43,2	25,6
Черкаська	4 515	1 971	650	1 067	43,7	18,3
Одеська	6 641	2 904	907	1 206	43,7	24,5
Донецька	716	315	175	147	44,0	11,0
Чернівецька	1 798	794	370	485	44,2	8,3
Тернопільська	3 277	1 456	665	788	44,4	11,2
Луганська	198	88	43	41	44,4	13,1
Львівська	7 610	3 574	1 396	1 469	47,0	15,4
Херсонська	1 183	560	186	315	47,3	10,3
Чернігівська	3 725	1 781	605	883	47,8	12,2
Запорізька	2 334	1 120	373	505	48,0	14,4
Полтавська	3 979	1 929	750	914	48,5	9,7
Івано-Франківська	4 281	2 076	742	993	48,5	11,0
Волинська	3 278	1 612	493	834	49,2	10,3
м. Київ	8 922	4 435	1 299	1 130	49,7	23,1
Вінницька	4 390	2 211	795	977	50,4	9,3
Київська	5 376	2 723	976	1 091	50,7	10,9
Дніпропетровська	9 753	4 951	1 963	1 669	50,8	12,0
Житомирська	3 727	1 936	600	733	51,9	12,3
Хмельницька	4 800	2 500	1 112	619	52,1	11,9
Кіровоградська	3 630	1 908	594	809	52,6	8,8
Сумська	3 530	2 046	445	485	58,0	15,7
Всього	100 519	48 080	17 352	19 793	47,8	15,2

Область	ЗН ободової кишки (%)	ЗН прямої кишки, ректосигмоїдного з'єднання, ануса (%)	ЗН шлунка (%)
Луганська	72,7	54,5	75,0
Закарпатська	65,7	70,8	74,6
Харківська	65,2	73,3	75,0
Чернівецька	64,9	78,3	76,6
Донецька	64,4	74,0	64,0
Запорізька	59,4	64,1	69,0
Хмельницька	58,5	45,5	66,5
Тернопільська	57,6	48,3	65,9
Київська	57,3	66,7	67,3
м. Київ	55,8	61,5	61,0
Чернігівська	55,8	58,9	80,0
Кіровоградська	54,9	55,1	71,5
Дніпропетровська	54,8	58,6	64,5
Полтавська	54,5	51,3	69,6
Львівська	54,5	59,2	62,0
Житомирська	53,6	52,0	61,8
Вінницька	52,1	62,5	73,9
Черкаська	51,6	52,0	59,6
Івано-Франківська	51,3	51,1	63,5
Рівненська	47,1	53,1	60,0
Волинська	46,2	49,1	65,0
Херсонська	36,9	66,3	69,9
Одеська	36,7	42,9	57,0
Миколаївська	35,9	49,1	47,5
Сумська	32,4	44,1	39,4

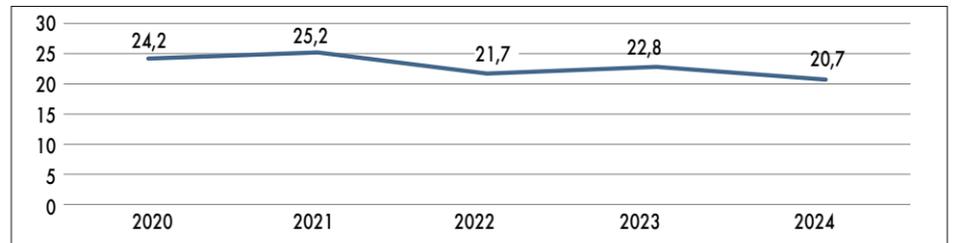


Рис. 4. Динаміка показника летальності внаслідок ЗН всіх локалізацій за 2020-2024 рр. (%)

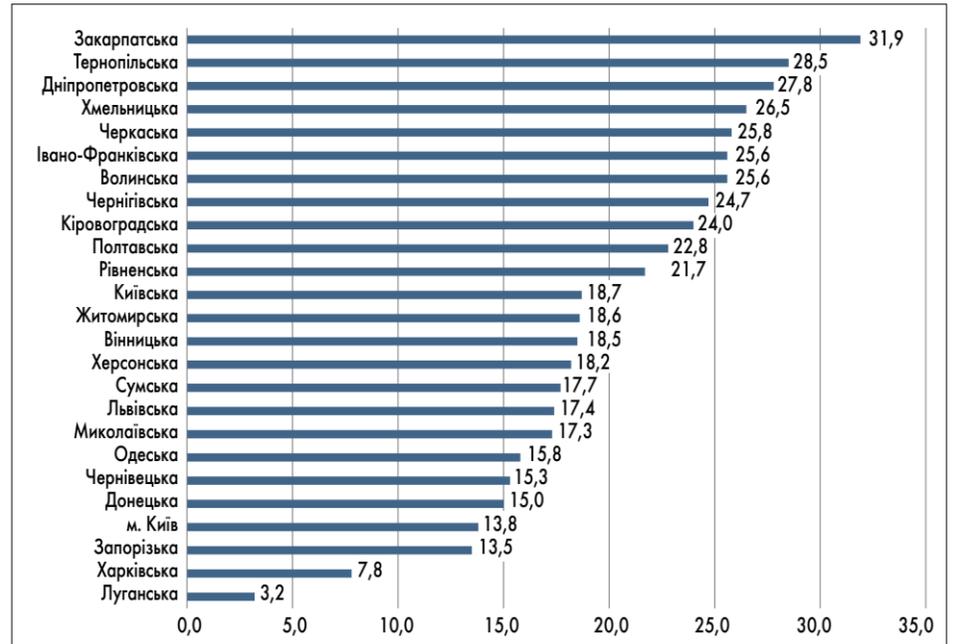


Рис. 5. Показник летальності внаслідок ЗН всіх локалізацій за областями за 2024 р. (%)

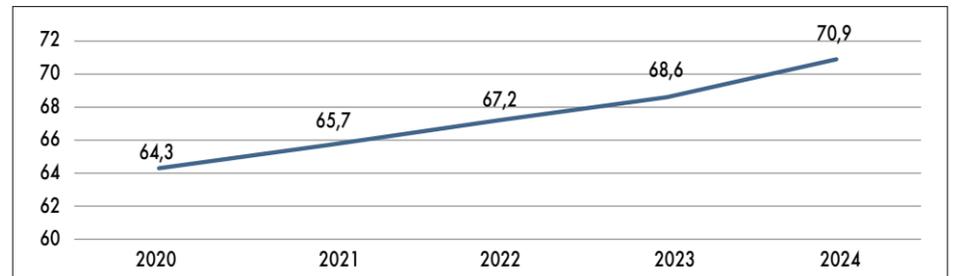


Рис. 6. Динаміка показника п'ятирічної виживаності при захворюванні на ЗН всіх локалізацій за 2020-2024 рр. (%)

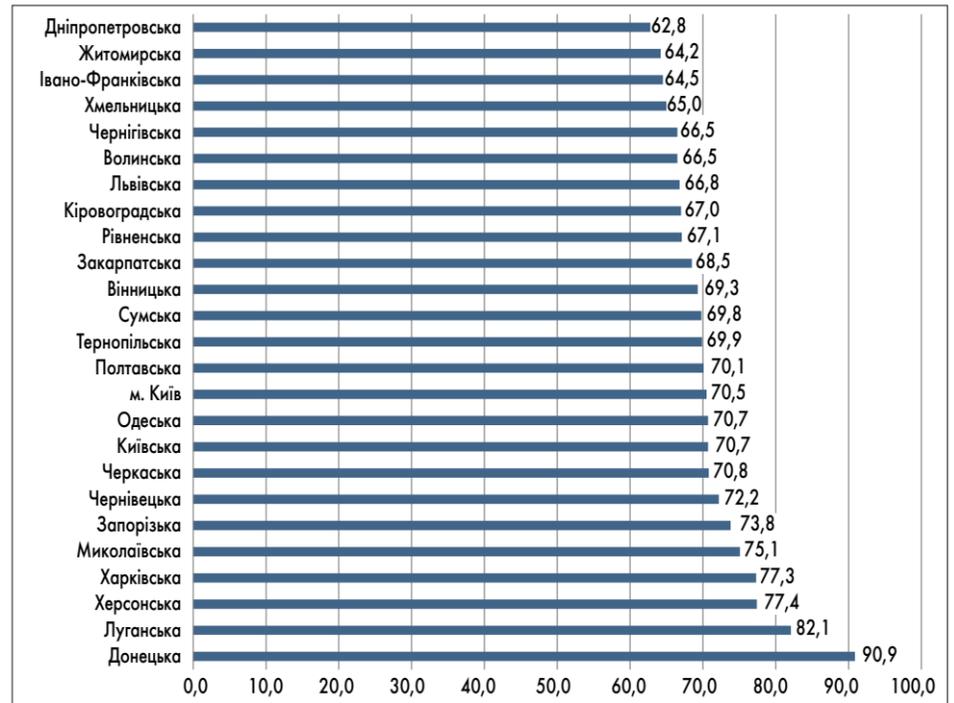


Рис. 7. Показник п'ятирічної виживаності при захворюванні на ЗН всіх локалізацій за областями за 2024 р. (%)

жіночих статевих органів (20,6%), на третьому – ЗН молочної залози (20,3%) в загальній структурі захворюваності.

3. Найвищі темпи приросту захворюваності за локалізаціями ЗН зареєстровано стосовно онкопатології щитоподібної залози – на 80%, новоутворень чоловічих статевих органів – на 45%, ЗН шкіри (за винятком меланоми) – на 35,4%, меланоми шкіри – на 31,5%, ЗН нирок – на 23,1%.

4. Найнижча питома вага ЗН, виявлених на ранніх стадіях, реєструвалася у Закарпатській (38,7%), Харківській (39,1%), Миколаївській (40,9%) областях, що у поєднанні зі значною питомою вагою хворих, взятих на облік у звітному році на невизначеній стадії онкозахворювання, демонструє наявність складнощів у діагностиці онкозахворювань ймовірно занедбаних стадій, що може погіршити доступ пацієнтів до лікування та паліативної допомоги.

5. Вагома роль у формуванні онкоепідеміологічної ситуації в Україні належить поєднанню таких показників стосовно онкопатології трахеї, бронхів, легені та раку шлунка:

- висока питома вага в структурі захворюваності;
- висока частота виявлення в занедбаній стадії;
- високі рівні річної летальності.

Текст адаптовано і уніфіковано відповідно до стандартів Тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України».

Повний текст Звіту: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/84633ac1-4106-412a-af3b-253cfd77464/%D0%97%D0%B2%D1%96%D1%82-%D0%BF%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%82-71-%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%83-%D0%B4%D1%96%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96-%D0%9C%D0%9E%D0%97.pdf>

День орфанних захворювань: медична допомога пацієнтам в Україні

В останній день лютого у світі відзначають 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 централізовано закуповує Міністерство охорони здоров'я через ДП «Медичні закупівлі». У 2025 р. перелік централізованих закупівель включав 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, рідкісне 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

С.П. Кривоустов, д-р мед. наук, професор, професор кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
М.В. Кривоустова, д-р філософії, асистент кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ)

Рекурентний вірусіндукований візинг у дітей: сучасні підходи до профілактики



С.П. Кривоустов



М.В. Кривоустова

Візинг – це клінічний синдром, що проявляється свистячим диханням унаслідок обструкції дихальних шляхів. Епізоди візингу у дітей дошкільного віку є однією з найпоширеніших причин звернення по медичну допомогу в усьому світі, а їхня частота суттєво зросла за останні два десятиліття (Saglanı S. et al., 2025). Рекурентний вірусіндукований візинг (recurrent virus-induced wheezing) визначається як повторні епізоди свистячого дихання, що чітко асоційовані з епізодами гострої вірусної інфекції у дитини, за відсутності або мінімальної симптоматики між епізодами. Рекурентний візинг відрізняють від епізодичного вірусного візингу (episodic viral wheezing), а також від мультитригерного візингу (multiple-trigger wheezing), за якого епізоди обструкції спровоковані не лише вірусами, а й аероалергенами, фізичним навантаженням, тютюновим димом, холодним повітрям та іншими неспецифічними тригерами.

Термін preschool wheezing зазвичай застосовують щодо дітей віком від одного до п'яти років, які мають клінічну відповідь на бронхолітичні лікарські засоби. Візинг здебільшого виникає на видиху і поєднується із сухим кашлем. Preschool wheezing розглядають як парасолькове поняття, що об'єднує різні фенотипи синдрому свистячого дихання у дітей дошкільного віку, за умови виключення альтернативних діагнозів, таких як вроджені аномалії, судинні кільця, сторонні тіла в дихальних шляхах тощо.

У немовлят епізод візингу найчастіше трактують як прояв гострого вірусного бронхіоліту. За даними епідеміологічних досліджень, приблизно третина дітей має принаймні один епізод візингу протягом перших п'яти років життя. У значній частині цих дітей епізоди візингу мають транзитний характер, і близько 60% дітей з раннім візингом не мають клінічних проявів до шестирічного віку (Teneo L. et al., 2016), що свідчить про гетерогенність синдрому та різні траєкторії його перебігу.

Безпосередніми тригерами більшості епізодів рекурентного вірусіндукованого візингу у дітей дошкільного віку є риновірус та респіраторно-синцитіальний вірус (RSV). RSV є переважним збудником, асоційованим із бронхіолітом у немовлят. У клінічній практиці виділяють такі фенотипи бронхіоліту, як класичний RSV-бронхіоліт і риновірусний бронхіоліт (астмоподібний фенотип із синдромом свистячого дихання).

Саме риновірус, передусім підтипи HRV-C та HRV-A, є основним етіологічним чинником епізодів візингу в різних вікових групах включно з дошкільним віком. Окрім них, розглядають роль інших вірусів, таких як віруси грипу, бокавірус (часто як коінфекцію з іншими вірусами), метапневмовірус та інші респіраторні патогени (Papadopoulos N.G. et al., 2024).

Вірусна реплікація в епітелії дихальних шляхів призводить до порушення його бар'єрної функції та активації вродженої імунної системи з вивільненням епітеліальних алармінів, зокрема IL-33, TSLP та IL-25, які відіграють ключову роль у формуванні вірусіндукованої бронхообструкції. Ці медіатори стимулюють активацію вроджених лімфоїдних клітин другого типу (ILC2) та Th2-імунної відповіді. Подальше підвищення рівнів IL-5 та IL-13 сприяє розвитку еозинофільного запалення,

гіперсекреції слизу і підвищенню чутливості гладеньких м'язів бронхів (Jartti T. et al., 2020). Набряк слизової оболонки і накопичення в'язкого слизу призводять до звуження просвіту бронхіол, що у дітей раннього віку додатково посилюється анатомічно вузьким діаметром дихальних шляхів. Унаслідок цього різко зростає опір повітряному потоку, що клінічно проявляється експіраторним візингом.

Принципово важливим є те, що респіраторні віруси здатні запускатися запальну відповідь за участі T2-медіаторів незалежно від алергічного статусу дитини та наявності алергічної сенсibiliзації, тобто й у неатопічних пацієнтів (Papadopoulos N.G. et al., 2024; Du X., Yan M., 2025; Lee W.S. et al., 2025). Рекурентний вірусіндукований візинг асоціюється з повторними вірусними інфекціями, особливостями імунної відповіді та тривалою дисфункцією епітелію дихальних шляхів.

Механізми, які пояснюють, чому у частини дітей із preschool wheezing надалі розвивається бронхіальна астма, а в інших – ні, навіть за наявності подібних початкових симптомів і генетичної схильності, досі остаточно не з'ясовані.

Вважається, що вирішальне значення має багатогранна взаємодія імунних механізмів після впливу алергенів та/або вірусних інфекцій, а також особливості експресії генів і цитокінів, які формують індивідуальну траєкторію від візингу до астми (Laubhahn K., Schaub B., 2023).

Для прогнозування ризику розвитку астми рекомендовано оцінювати сукупність клінічних і лабораторних маркерів і застосовувати Asthma Predictive Index (API або mAPI), враховуючи наявність астми у батьків, атопічного дерматиту, сенсibiliзації до аероалергенів, еозинофілії крові тощо.

У дослідженні дітей із риновірусіндукованим візингом віком від 6 до 48 місяців було показано, що 62,6% з них мали астму в 11 років, водночас додатковими факторами ризику була батьківська спадковість щодо астми та/або алергії і наявність алергічної сенсibiliзації (Holmdahl I. et al., 2024).

З урахуванням гетерогенності синдрому свистячого дихання у дітей дошкільного віку і наявності кількох фенотипів

із різними патофізіологічними механізмами підхід до запобігання гострим епізодами має бути орієнтованим на фенотип і передбачати можливості персоналізованої терапії.

Вивчаються різні стратегії запобігання прогресуванню дошкільного візингу до астми. Інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії залишаються препаратами першої лінії при вірусіндукованому візингу, також застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів є обґрунтованим для контролю симптомів (Fainardi V. et al., 2022). Водночас результати досліджень свідчать, що використання інгаляційних кортикостероїдів із превентивною метою не запобігає прогресуванню від дошкільного візингу до бронхіальної астми у старшому віці (Saglanı S., 2024).

Серед модифікованих факторів ризику особливе значення має уникнення пасивного тютюнопаління, яке вважається одним із найсильніших чинників, що погіршують перебіг респіраторних захворювань у дітей. Важливі також заходи щодо покращення якості повітря, зокрема запобігання забрудненню, регулярне провітрювання приміщень, підтримання оптимальної вологості та уникнення різких запахів.

Аероалергени не є причиною рекурентного вірусіндукованого візингу, проте у сенсibiliзованих дітей у певних випадках доцільний їх таргетний контроль, зокрема кліщів домашнього пилу, алергенів тварин або плісняви. Такі рекомендації мають бути виваженими, щоб запобігти необґрунтованим обмеженням та формуванню гіпоалергенного стилю життя без чітких показань.

Важливе значення має контроль вірусних тригерів. Профілактика грипу добре відома, однак вірус грипу рідше, ніж риновірус, є фактором розвитку вірусіндукованого візингу. Останніми роками досягнуто значного прогресу у профілактиці RSV, проте специфічної профілактики риновірусної інфекції, яка має провідне значення в генезі візингу, наразі не існує.

Окремо слід обговорити вплив мікробних факторів, зокрема зв'язок між сільськогосподарським середовищем та зниженням ризику розвитку алергії й астми. Ще у 1989 р. D. Strachan сформулював гігієнічну теорію, згідно з якою недостатня експозиція до мікроорганізмів у ранньому дитинстві через надмірно

стерильне середовище сприяє підвищеній схильності до атопічних захворювань. Сучасні моделі значно уточнюють цю концепцію, акцентуючи увагу на ролі мікробіоти у формуванні імунної толерантності. Потенційно захисними факторами вважають грудне вигодовування, природну мікробну експозицію й уникнення необґрунтованої антибіотикотерапії.

Сучасні профілактичні стратегії враховують концепцію тренованого імунітету, тобто здатності клітин вродженої імунної системи формувати функціональну пам'ять після контакту з мікробними стимулами та забезпечувати тривалий неспецифічний захист від різних патогенів включно з вірусами. У цьому контексті накопичено досвід застосування бактеріальної мукозальної імунотерапії за допомогою препарату MV130 (сублінгвальний спрей Бактек-МВ130) для запобігання рецидивам вірусіндукованого візингу у дітей.

Експериментальні дослідження продемонстрували, що індукція тренованого імунітету інактивованою мукозною вакциною MV130 забезпечує захист від експериментальних вірусних респіраторних інфекцій. Введення MV130 захищає від системного кандидозу у мишей дикої типу та у мишей з дефіцитом Rag1, які не мають функціональних лімфоцитів, що свідчить про ключову роль вродженого імунітету. Фармакологічне пригнічення тренованого імунітету метформіном скасовує захисний ефект MV130 щодо інфекції вірусом грипу А. Крім того, MV130 індукуює перепрограмування клітин-попередників кісткового мозку мишей та моноцитів людини *in vitro*, сприяючи посиленню вироблення цитокінів, що залежить від метаболічного зсуву. Отже, захист від вірусних інфекцій, який забезпечує MV130, реалізується через механізми, пов'язані з індукцією тренованого імунітету (Brandı P. et al., 2022).

Бактек-МВ130 містить інактивовані бактеріальні штами *S. epidermidis*, *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* та *K. pneumoniae* і призначений для профілактики рецидивуючих респіраторних інфекцій, спричинених бактеріями, що входять до його складу, а також незв'язаними патогенами, зокрема вірусами. Препарат здатний індукувати і специфічну, і неспецифічну відповідь вродженої та адаптивної імунних систем, модулювати функцію

дендритних клітин людини з індукцією продукції цитокінів, зокрема IL-12, TNF- α та IL-10, стимулювати Th1-, Th17- та IL-10-опосередковані імунні реакції за участі Т-клітин, а також посилювати індукцію IgA слизових оболонок дихальних шляхів. Препарат застосовують дітям віком від 6 місяців сублінгвально по 2 розпилення один раз на добу протягом тримісячного курсу.

Розчинні патогенно-асоційовані молекулярні структури (РАМР) розпізнаються рецепторами розпізнавання образів (PRR), що призводить до індукції продукції прозапальних цитокінів і клітинних імунних реакцій. На відміну від бактеріальних лізатів, у цільноклітинних інактивованих бактерій, які входять до складу Бактек-МВ130, збережена антигенна архітектура, що забезпечує розвиток більш повної та різноманітної імунної відповіді.

Сублінгвальний шлях введення таких вакцин надає додаткові переваги, оскільки дає змогу охопити значну площу слизової оболонки та забезпечити швидке всмоктування з формуванням і місцевої, і системної імунної відповіді. Відомо, що у ротовій порожнині спостерігається висока щільність антигенпрезентувальних клітин Лангерганса, а сублінгвальна полібактеріальна імунотерапія сприяє не лише їхній локальній активації, але й дистанційній стимуляції імунної відповіді у бронхіальному тракті. У такий спосіб Бактек-МВ130 чинить імуномодулювальний вплив і на нижні дихальні шляхи, що є патогенетично обґрунтованим при синдромі свистячого дихання у дітей.

У рандомізованому, подвійно сліпому, плацебоконтрольованому клінічному дослідженні застосування МВ130 для запобігання рецидивам вірусіндукованого візиту у дітей віком до трьох років, з якого були виключені пацієнти з позитивними шкірними пробами на поширені аероалергени, було показано достовірне зменшення кількості епізодів візиту у групі МВ130 порівняно з плацебо – 3,0 (ІQR 2,0-4,0) проти 5,0 (ІQR 3,0-7,0) відповідно ($p < 0,001$). Серед вторинних кінцевих точок відзначено зменшення тривалості епізодів та вираженості симптомів, водночас побічних ефектів, пов'язаних із лікуванням, не зареєстровано. Автори дійшли висновку, що мукозальна бактеріальна імунотерапія МВ130 є безпечною і клінічно ефективною при рекурентному візиті у дітей (Nieto A. et al., 2021).

Отже, рекурентний вірусіндукований візит у дітей є гетерогенним клінічним синдромом, який розглядають як фенотип preschool wheezing. Провідну роль у його виникненні відіграє риновірус та інші поширені віруси, а ключовими патогенетичними механізмами є вірусіндуковане порушення епітеліального бар'єра та активація T2-запалення, яке може формуватися незалежно від атопічного статусу дитини. Ризик прогресування до бронхіальної астми є індивідуальним і зумовлений поєднанням генетичних, імунних та клінічних факторів, що обґрунтовує застосування інструментів прогнозування, зокрема API/mAPI.

Сучасний підхід до ведення таких пацієнтів має бути орієнтованим на фенотип, із фокусом на контроль тригерів, модифікацію факторів ризику та раціональну фармакотерапію. Перспективним напрямом профілактики рецидивів візиту є мукозальна бактеріальна імунотерапія (Бактек-МВ130), ефективність і безпека якої підтверджені клінічними та експериментальними дослідженнями, що надає нові можливості в сучасній клінічній педіатрії.

Література

- Brandi P., Conejero L., Cueto F.J. et al. Trained immunity induction by the inactivated mucosal vaccine MV130 protects against experimental viral respiratory infections. *Cell Rep.* 2022 Jan 4;38(1):110184. doi: 10.1016/j.celrep.2021.110184. PMID: 34986349; PMCID: PMC8755442.
- Du X., Yang M. Unraveling the mechanisms of virus-induced asthma exacerbation: epithelial injury, immune dysregulation, and novel interventions. *Chin Med J Pulm Crit Care Med.* 2025 Sep 13;3(3):164-181. doi: 10.1016/j.pccm.2025.08.003. PMID: 41114077; PMCID: PMC12529573.
- Fainardi V., Caffarelli C., Deolmi M. et al. Emilia-Romagna Asthma (ERA) Study Group. Management of Preschool Wheezing: Guideline from the Emilia-Romagna Asthma (ERA) Study Group. *J Clin Med.* 2022 Aug 15;11(16):4763. doi: 10.3390/jcm11164763. PMID: 36013002; PMCID: PMC9409690.
- Holmdahl I., Luning S., Gerdin S.W. et al. Rhinovirus-induced wheeze was associated with asthma development in predisposed children. *Acta Paediatr.* 2024 Jun;113(6):1376-1384. doi: 10.1111/apa.17158. Epub 2024 Feb 19. PMID: 38372208.
- Jartti T., Bonnelykke K., Elenius V., Feleszko W. Role of viruses in asthma. *Semin Immunopathol.* 2020 Feb;42(1):61-74. doi: 10.1007/s00281-020-00781-5. Epub 2020 Jan 27. PMID: 31989228; PMCID: PMC7066101.
- Laubhahn K., Schaub B. From preschool wheezing to asthma: Immunological determinants. *Pediatr Allergy Immunol.* 2023 Oct;34(10):e14038. doi: 10.1111/pai.14038. PMID: 37877843.
- Lee W.S., Song J.Y., Shin J. et al. The Association Between Respiratory Viruses and Asthma Exacerbation in Children Visiting Pediatric Emergency Department: A Retrospective Cohort Study. *J Clin Med.* 2025 Feb 16;14(4):1311. doi: 10.3390/jcm14041311. PMID: 40004841; PMCID: PMC11856561.
- Nieto A., Mazon A., Nieto M. et al. Bacterial Mucosal Immunotherapy with MV130 Prevents Recurrent Wheezing in Children: A Randomized, Double-Blind, Placebo-controlled Clinical Trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2021 Aug 15;204(4):462-472. doi: 10.1164/rccm.202003-0520OC. PMID: 33705665; PMCID: PMC8480240.
- Papadopoulos N.G., Apostolidou E., Miligkos M., Xepapadaki P. Bacteria and viruses and their role in the preschool wheeze to asthma transition. *Pediatr Allergy Immunol.* 2024 Mar;35(3):e14098. doi: 10.1111/pai.14098. PMID: 38445451.
- Saglani S., Fitzpatrick A.M., Papadopoulos N.G., Reznik M., Stokes J. Phenotype-Based Management of Recurrent Preschool Wheezing and Asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2025 Oct;13(10):2563-2571. doi: 10.1016/j.jaip.2025.06.027. Epub 2025 Aug 5. PMID: 40762612.
- Saglani S. Preventing progression of preschool wheezing to asthma: Opportunities for intervention. *Pediatr Allergy Immunol.* 2024 Jun;35(6):e14180. doi: 10.1111/pai.14180. PMID: 38899625.
- Tenero L., Piazza M., Piacentini G. Recurrent wheezing in children. *Transl Pediatr.* 2016 Jan;5(1):31-6. doi: 10.3978/j.issn.2224-4336.2015.12.01. PMID: 26835404; PMCID: PMC4729036.

БАКТЕК-МВ130 інноваційний бактеріальний препарат з доведеною ефективністю



Показаний для профілактики інфекцій дихальних шляхів у дітей та дорослих

ГРАМПОЗИТИВНІ
БАКТЕРІЇ

90%

Streptococcus pneumoniae 60%

Staphylococcus aureus 15%

Staphylococcus epidermidis 15%



ГРАМНЕГАТИВНІ
БАКТЕРІЇ

10%

Klebsiella pneumoniae 4%

Haemophilus influenzae 3%

Moraxella catarrhalis 3%

Бактек-МВ130 - бактеріальний препарат, що використовується для профілактики рекурентних інфекцій дихальних шляхів.
Склад: діючі речовини: 1 мл суспензії містить 300 FTU (приблизно 109 бактерій/мл); інактивовані бактеріальні штами Streptococcus pneumoniae 60 %, Staphylococcus epidermidis 15 %, Staphylococcus aureus 15 %, Klebsiella pneumoniae 4 %, Moraxella catarrhalis 3 %, Haemophilus influenzae 3 %.
Допоміжні речовини: гліцерин (E 422), натрію хлорид, штучний ароматизатор ананасовий, пропіленгліколь, вода для ін'єкцій.
Концентрація визначається як FTU/мл (одиниць) каламутності формазину/мл.

Лікарська форма. Спрей сублінгвальний, суспензія.

Показання. Імунотерапевтичний лікарський засіб показаний дорослим та дітям (дітям та немовлятам віком від 6 місяців) для профілактики рецидивуючих бактеріальних інфекцій дихальних шляхів.

Спосіб застосування. БАКТЕК-МВ130 застосовують сублінгвально. Зніміть пластикову кришку з одного флакона. Обережно струсіть флакон. Поверніть насадку вбік. Натисніть 3 або 4 рази, щоб заповнити механізм нососа (тільки під час активації флакона). Підніміть язик, спрямуйте насадку під язик і розпильте двічі, щоб застосувати відповідну дозу. Утримуйте препарат під язиком протягом приблизно 1-2 хвилини перед тим, як проковтнути. Поверніть насадку назад у вихідне вертикальне положення, заблокувавши тим самим механізм розпилення. Поверніть флакон назад у коробку та зберігайте, як зазначено в розділі «Умови зберігання». Курс лікування становить приблизно 45 або 90 днів (3 місяці).

Упаковка. 2 флакони по 9 мл, закриті пластиковим аплікатором із вбудованим розпилювачем, у пластиковій коробці.

Умови зберігання. Зберігати в оригінальній упаковці у темному місці. Зберігати у холодильнику (2-8 °C). Зберігати у недоступному для дітей місці.

Дата підготовки: 2023 року.

Виробник. ІМУНОТЕК, С.Л

Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.

Калле Пунто Мобі, 5. Алкала де Хенарес, 28805 Мадрид, Іспанія

Повідомлення про побічні реакції після реєстрації лікарського засобу має важливе значення. Це дає змогу проводити моніторинг співвідношення

користь/ризик при застосуванні цього лікарського засобу. Медичним та фармацевтичним працівникам, а також пацієнтам або їхнім законним представникам слід повідомити про усі випадки підозрюваних побічних реакцій та відсутності ефективності лікарського засобу через Автоматизовану інформаційну систему з фармаконагляду за посиланням: aisf.fes.gov.es.

Реєстраційне посвідчення UA/20241/01/01 від 14.11.2023.

Ексклюзивний дистрибутор в Україні: ТОВ «ДАНСОН ФАРМА»

+38 (044) 225 05 77



inmunotek
sterilia e immunologia
BAKTEK[®]
perlingual **SPRAY**

У МОЗ обговорили подальші напрями партнерства з ЮНІСЕФ у сфері охорони здоров'я

Міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко зустрівся із головою представництва ЮНІСЕФ в Україні Муніром Мамедзаде та його командою, щоб підбити підсумки співпраці та обговорити подальші її напрями у сфері охорони здоров'я.

Під час зустрічі було відзначено вагомий внесок ЮНІСЕФ у забезпечення безперервної вакцинації в Україні, модернізацію холодового ланцюга, навчання медичних працівників і підтримку кампаній імунізації, зокрема у прифронтових регіонах. Серед подальших напрямів роботи – розширення охоплення вакцинацією, а також системні підходи до підвищення довіри населення до імунізації на основі поведінкових досліджень.

«ЮНІСЕФ є одним із наших ключових стратегічних партнерів у сфері охорони здоров'я. У найскладніший для України період ця співпраця поєднала екстрене реагування і підтримку системних змін, метою яких є довгострокове зміцнення спроможності галузі. Йдеться про охорону здоров'я матері та дитини, посилення первинної медичної допомоги, імунізацію, психічне здоров'я, а також такі напрями, як педіатрична реабілітація і впровадження рішень зеленої енергетики на рівні лікарень і громад. Ми вдячні ЮНІСЕФ за залученість і послідовну підтримку української системи охорони здоров'я», – зазначив Віктор Ляшко.

Учасники зустрічі також обговорили результати співпраці та подальші кроки у сфері ментального здоров'я, зокрема масштабування програми mhGAP на первинному рівні, підтримку реформи дитячої психіатрії, підготовку фахівців і розвиток мережі центрів ментального здоров'я.

Важливим напрямом партнерства залишається педіатрична реабілітація – підтримка лікарень сучасним обладнанням, навчання мультидисциплінарних команд і впровадження моделей допомоги громадам. У 2025 р. обладнання і підтримку в навчанні з педіатричної реабілітації отримали вісім лікарень, 45 фахівців пройшли підготовку, а 2200 дітей скористалися послугами доказової реабілітації. Ця робота триватиме й у 2026 р.

Також йшлося про підтримку ЮНІСЕФ у реформуванні перинатальної допомоги, зокрема аналіз маршрутів пацієнта, оптимізацію мережі закладів, упровадження європейських стандартів догляду за новонародженими та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Значну роль ЮНІСЕФ відіграє й у реагуванні на надзвичайні ситуації – облаштуванні укриттів у лікарнях, підтримці мобільних медичних бригад у прифронтових областях, постачанні медичних і гігієнічних наборів, а також упровадженні рішень з енергетичної автономності закладів охорони здоров'я. У понад 40 медичних закладах вже встановлені сонячні панелі, інвертори та альтернативні джерела живлення.

Під час зустрічі також було наголошено на важливості підтримки ЮНІСЕФ у зміцненні системного управління охороною здоров'я через національні освітні та адвокаційні платформи, які сприяють упровадженню реформ на рівні закладів і регіонів навіть в умовах війни.

В Україну надійшли вакцини для захисту дітей від туберкульозу, кашлюка, дифтерії та правця

Вакцини БЦЖ

Для безоплатної вакцинації дітей за Календарем профілактичних щеплень в Україну надійшло 127 000 доз вакцини БЦЖ проти туберкульозу, які вона отримує в межах співпраці Міністерства охорони здоров'я з Глобальним альянсом з вакцин та імунізації (Gavi). Вакцину БЦЖ уже доставлено в усі регіони.

Чому важливо вакцинувати дітей від туберкульозу? Для немовлят захист від цього захворювання дуже важливий: у маленьких дітей його перебіг має генералізовану форму – з ураженням печінки, нирок, кісток і високим ризиком туберкульозного менінгіту.

Передається туберкульоз повітряним шляхом під час кашлю, чхання від людини, яка виділяє мікобактерії туберкульозу.

Коли вакцинувати дітей проти туберкульозу? В Україні щеплення проти туберкульозу вакциною БЦЖ проводять через 24 години після народження. Дітей, які не були щеплені в пологовому, вакцинують у педіатра або сімейного лікаря.

Щоб вакцинувати дитину, потрібно звернутися до сімейного лікаря, педіатра або до найближчого закладу охорони здоров'я. Усі щеплення за календарем – безоплатні. Якщо дитина пропустила потрібні щеплення, варто якомога швидше звернутися до лікаря, який складе індивідуальний графік вакцинації та допоможе надолужити щеплення.

Вакцини АКДП

Також надійшло 100 000 доз вакцини АКДП проти кашлюка, дифтерії та правця. Зазначене постачання насамперед призначене для дітей, яким потрібно отримати щеплення від кашлюка, дифтерії та правця окремо від вакцинації проти вірусного гепатиту В та гемофільної інфекції типу b. Зокрема тих, які продовжують курс вакцинації, розпочатий торік до набрання чинності змін до Календаря профілактичних щеплень з 2026 р. у.

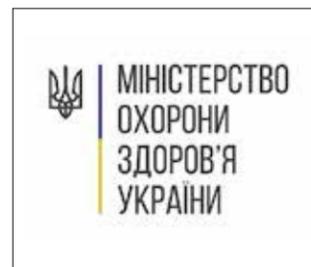
Де вакцинувати дитину? Зверніться до свого сімейного лікаря, педіатра або до найближчого закладу охорони здоров'я. Усі щеплення за календарем – безоплатні.

Чим небезпечні ці інфекції

Кашлюк – затяжна інфекційна хвороба (період відновлення може тривати 2-6 місяців), яка характеризується частими й довгими нападами кашлю й особливо небезпечна для маленьких дітей. У немовлят кашлюк може викликати зупинку дихання (апное), судоми й ураження головного мозку.

Дифтерія – це небезпечна бактеріальна інфекція, збудник якої виділяє один із найсильніших токсинів у природі. Потрапивши в кров, дифтерійний токсин вражає різні органи, найчастіше – серце (викликає міокардит), нервову систему, нирки.

Правець – інфекційне захворювання, яке проявляється болісними судомими, під час яких можуть виникати розриви м'язів і переломи кісток, внутрішньочерепні крововиливи, кома. Летальність від правця без лікування може сягати 80%.



! Єдиним і ефективним захистом від цих хвороб у світі є вакцинація.

Україна отримує ці вакцини в межах співпраці Міністерства охорони здоров'я з Gavi. Спільну угоду про партнерство було підписано наприкінці 2024 р. Згідно з нею, частину вакцин на підтримку національної програми з імунізації, відповідно до національної Стратегії розвитку імунопрофілактики до 2030 р., фінансує Gavi. У межах цього партнерства закупівлю та довіз вакцин до України здійснює ЮНІСЕФ, а Центр громадського здоров'я МОЗ України координує їх розподіл до регіональних центрів контролю та профілактики хвороб.

Безбар'єрність у дитячій реабілітації: чому важлива підтримка сім'ї

Коли йдеться про безбар'єрність у сфері охорони здоров'я, у центрі уваги завжди перебуває пацієнт. Водночас для дитячої реабілітації важливо, щоб саме сім'я була щоденним партнером мультидисциплінарної команди і середовищем відновлення після завершення реабілітаційних втручань. Тому безбар'єрний підхід має стосуватися не лише дитини, а й тих, хто поруч із нею щодня. На цьому наголошує амбасадор безбар'єрності від Міністерства охорони здоров'я України, фізичний терапевт Сергій Худа. За його словами, сім'ї, які проходять шлях реабілітації разом із дитиною, раніше стикалися не лише з емоційним навантаженням, а й із низкою організаційних проблем, пов'язаними зі складними маршрутами, нестачею інформації, потребою самостійно координувати допомогу, поєднувати процес відновлення з навчанням і вирішенням соціальних питань. Ці бар'єри негативно впливають на стабільність і результати реабілітації.

«Підтримка сім'ї – це не про додатковий сервіс. Це про створення умов, щоби батьки або опікуни мали достатньо ресурсу бути включеними в процес і ухвалювати зважені рішення щодо майбутнього своєї дитини», – зазначає Сергій Худа.

Безбар'єрний підхід у дитячій реабілітації передбачає право сім'ї на такі можливості:

- зрозуміла і своєчасна інформація про стан дитини, її реабілітаційний прогноз і подальші кроки;
- передбачуваний маршрут допомоги, коли нема потреби самостійно шукати рішення;
- повага до власного досвіду та партнерська взаємодія з фахівцями;
- доступ до освітніх і соціальних можливостей для дитини;
- узгодженість дій між різними системами підтримки.

На практиці це означає прості й прозорі процеси, узгодженість між медичною, реабілітаційною допомогою, освітою та соціальною підтримкою, а також чітку комунікацію між усіма учасниками процесу. Родина має розуміти його подальші етапи, їй не потрібно самотужки ухвалювати рішення, від яких залежить розвиток дитини.

Нагадаємо, «Розвиток системи реабілітаційної допомоги» є флагманським проектом МОЗ, що реалізується в межах Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні, ініційованої першою леді України Оленою Зеленською.

Україна долучається до ініціативи ЄС Safer Internet Day

Цифрова безпека є такою ж важливою щоденною звичкою, як турбота про фізичне здоров'я. Слід регулярно дотримуватися базових правил кібергігієни, щоб захистити персональні дані, фінанси та особисту інформацію від зловмисників. Водночас цифрове середовище постійно змінюється, а отже – і способи обману користувачів. Українці дедалі частіше стикаються з новими проявами шахрайства.

Зловмисники активно використовують сучасні технології, зокрема інструменти штучного інтелекту, щоб створювати переконливі повідомлення і вводити користувачів в оману. Саме тому системний підхід до цифрової безпеки та уважність до деталей є ключовими для захисту в онлайн-просторі.

З огляду на актуальність цієї проблеми, Україна долучилася до Міжнародного дня безпечного інтернету (Safer Internet Day) – глобальної ініціативи, започаткованої Європейським Союзом і реалізованої в понад 160 країнах світу. В її межах на платформі Дія.Освіта створено інтерактивний квест, спрямований на формування навичок безпечної поведінки в онлайн-середовищі. Квест моделює типові ризикові ситуації та допомагає користувачам напрацювати правильні алгоритми дій. Після завершення квесту учасники отримують індивідуальний результат і сертифікат про проходження. Ті, хто набере понад 70 балів зі 140 можливих, автоматично долучаються до розіграшу брендованої продукції Дія.Освіта.

Перевірити власний рівень цифрової безпеки та пройти квест можна за посиланням <https://osvita.diia.gov.ua/safer-internet>

Зі свого боку МОЗ продовжує системну роботу з посилення кібербезпеки у сфері охорони здоров'я.

За матеріалами <https://moz.gov.ua/>

Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями

Стандарт реабілітаційної допомоги

З огляду на збільшення в Україні кількості дітей з інвалідністю та порушеннями функціонування гостро постає питання стандартизованого підходу до процесу надання реабілітаційної допомоги при центральному паралічі (ЦП) та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями. Зокрема причинами інвалідизації дитячого населення нашої країни є епідеміологічні та демографічні тенденції, зростання рівня захворюваності. Мета документа: стандартизація та підвищення якості надання доказово обґрунтованої реабілітаційної допомоги дітям при ЦП та інших органічних ураженнях головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, для оптимізації їхнього функціонування і покращення якості життя. Цей стандарт призначений для фахівців з реабілітації (лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, терапевтів мови і мовлення, протезистів-ортезистів, психологів, психотерапевтів, сестер/братів медичних із реабілітації, асистентів фізичних терапевтів та ерготерапевтів), педіатрів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, неврологів дитячих, психіатрів дитячих, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, клінічних психологів, ортопедів – травматологів дитячих, гастроентерологів дитячих, лікарів-дієтологів, нутриціологів, хірургів дитячих, отоларингологів дитячих та/або сурдологів, офтальмологів дитячих, соціальних працівників, пацієнтів дитячого віку з ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, їхніх батьків/законних представників.

Паспортна частина

Група станів здоров'я: Дитячий церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку, які супроводжуються руховими порушеннями.

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

- G09 Наслідки запальних хвороб нервової системи
- G80 Дитячий церебральний параліч
- G81 Геміплегія
- G82 Параплегія та тетраплегія
- G83 Інші паралітичні синдроми
- G81.1 Спастична геміплегія
- G82.12 Спастична параплегія, неуточнена, хронічна
- G82.14 Спастична параплегія, повна, хронічна
- G82.16 Спастична параплегія, неповна, хронічна
- G82.22 Параплегія, неуточнена, неуточнена хронічна
- G82.24 Параплегія, неуточнена, повна, хронічна
- G82.26 Параплегія, неуточнена, неповна, хронічна
- G82.42 Спастична тетраплегія, неуточнена, хронічна
- G82.44 Спастична тетраплегія, повна, хронічна
- G82.46 Спастична тетраплегія, неповна, хронічна
- G82.52 Тетраплегія, неуточнена, хронічна
- G82.54 Тетраплегія, неуточнена, повна, хронічна
- G82.56 Тетраплегія, неуточнена, неповна, хронічна
- G83.0 Диплегія верхніх кінцівок
- G83.1 Моноплегія нижньої кінцівки
- G83.2 Моноплегія верхньої кінцівки
- G83.3 Моноплегія, неуточнена
- G83.8 Інші уточнені паралітичні синдроми
- G83.81 Лицевий параліч, спричинений порушенням мозкового кровообігу
- G83.89 Інші уточнені паралітичні синдроми
- G83.9 Паралітичний синдром, неуточнений
- G93.80 Інші уточнені ураження головного мозку
- G91 Гідроцефалія
- T90 Наслідки травми голови
- I69 Наслідки цереброваскулярних хвороб
- Q00-Q07 Вроджені вади розвитку нервової системи, а саме:
 - Q02 Мікроцефалія
 - Q03 Вроджена гідроцефалія
 - Q04 Інші вроджені вади розвитку мозку
 - Q07 Інші вроджені вади розвитку нервової системи
 - Q86 Синдроми вроджених вад розвитку, обумовлені відомими екзогенними факторами, не класифіковані в інших рубриках
 - Q87 Інші уточнені синдроми вроджених вад розвитку, що охоплюють кілька систем
 - Q89.7 Численні вроджені вади розвитку, не класифіковані в інших рубриках
 - Q89.71 Дизморфічні ознаки
 - Q89.79 Інші вроджені вади розвитку, не класифіковані в інших рубриках
 - Q89.8 Інші уточнені вроджені вади розвитку.

Загальна частина

Згідно із статистичними даними Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, у 2024 р. зареєстровано 159 811 дітей з інвалідністю.

За даними епідеміологічного нагляду за ЦП в Європі (The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe), його поширеність становить 2-3 випадки на 1000 новонароджених дітей і залишається стабільною протягом останніх 40 років. В Україні цей

показник становить 2,5-2,6 випадку на 1000 новонароджених.

Останні досягнення сфери охорони здоров'я в неонатальному веденні та акушерській допомозі не вплинули на зниження рівня захворюваності на ЦП. Зі зниженням рівня дитячої смертності фактично відбулося збільшення захворюваності на ЦП. У передчасно народжених дітей вона значно вища порівняно з дітьми, народженими вчасно. Загальна поширеність ЦП протягом останніх десятиліть зростає у всьому світі через підвищення рівня виживання новонароджених.

ЦП виникає внаслідок органічного ураження головного мозку в пренатальному, інтранатальному або ранньому неонатальному періоді. Найважливішими факторами ризику виникнення ЦП є передчасне народження і низька маса під час народження, причому ризик ЦП зростає зі зменшенням гестаційного віку і маси під час народження (панель 1).

Ранню діагностику ЦП вважають найкращою практикою, оскільки вона забезпечує своєчасний доступ до специфічного раннього реабілітаційного втручання, коли можливі найбільші нейропластичні досягнення, у такий спосіб максимізуючи результати розвитку дитини (панель 2).

Перші два роки життя дитини критично важливі для когнітивного і моторного розвитку, оскільки мозок знає постійної спонтанної пластичності. Діти з ЦП досягають приблизно 90% свого загального моторного потенціалу до п'яти років, тому життєво важливо, щоб інтенсивне раннє реабілітаційне втручання з повторюваними завданнями розпочиналося якомога раніше для немовлят із ЦП.

Рання діагностика ЦП не виключає подальшого специфічного етіологічного дослідження та сприяє якомога більш ранньому направленню дітей на реабілітаційні втручання, а визначення специфічної етіології не виключає також можливої наявності у дитини ЦП. Клінічний діагноз ЦП можна і потрібно встановити якнайраніше.

Кожна дитина з ЦП потребує індивідуального підходу під час надання медичної та реабілітаційної допомоги через різний ступінь вираженості рухових порушень і наявності широкого спектра асоційованих та супутніх станів, що істотно змінює рівень функціонування дитини в кожному конкретному випадку (від незначного обмеження функціонування до вираженої інвалідизації). Жодні специфічні методи лікування не спроможні повністю усунути пошкодження мозку, що спричиняють рухові порушення, проте низка реабілітаційних втручань може суттєво покращити рівень активності дітей та їхньої участі у громадському житті, а отже, і якість їхнього життя.

Надання реабілітаційної допомоги дітям із ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями (діти з ЦП), є актуальним у зв'язку з потребою забезпечення своєчасної та якісної допомоги в обсязі, необхідному для досягнення максимально можливого рівня функціонування цих дітей. Реабілітаційну допомогу дітям із ЦП має надавати мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДРК) або фахівці з реабілітації, що роблять це самостійно.

Реабілітаційна допомога дітям із ЦП має бути злагодженим, скоординованим та якісно організованим процесом співпраці всіх членів МДРК.

Етіологія ЦП дуже різноманітна і багатофакторна. Причини – вроджені, генетичні, запальні, інфекційні, анемічні, травматичні та метаболічні. Пошкодження мозку, що розвивається, може відбуватися в антенатальному та постнатальному періоді. Близько 75-80% випадків пов'язані з внутрішньоутробним ураженням, а менше 10% стаються через значні пологові травми або асфіксію. Виокремити гострий і післягострий реабілітаційні періоди неможливо, оскільки ЦП, по суті, є наслідком первинного ураження головного мозку різної етіології, що відбулося в антенатальному і постнатальному періоді та охоплює неоднорідну групу розладів руху і пози. Історично діагноз ЦП встановлювався у віці від 12 до 24 місяців життя дитини, але завдяки розвитку медичної науки тепер його можна визначити до 6-місячного скорегованого віку.

Лікарем-куратором під час надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого і довготривалого реабілітаційних періодів є лікар фізичної та реабілітаційної медицини.

Реабілітаційну допомогу дітям із ЦП можна надавати в стаціонарних і амбулаторних умовах.

Її слід зосередити на відновленні та/або компенсації втрачених функцій, опануванні навичок, яких потребує пацієнт для незалежного повсякденного функціонування, профілактиці виникнення вторинних ускладнень. Вона має бути адаптована до проблем та індивідуальних цілей, з якими стикається певна дитина та/або її батьки/законні представники. Враховуючи тяжкість ЦП, реабілітаційну допомогу пацієнтам із такими станами можна надавати протягом усього їхнього життя.

Положення стандарту

Реабілітаційну допомогу дітям із ЦП потрібно розпочати якомога раніше – одразу після встановлення діагнозу або виявлення факторів ризику розвитку ЦП (панель 2).

Якщо виявлено фактори ризику розвитку ЦП, дитину слід направити до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) шонайшвидше.

Чітке інформування пацієнта та/або його законних представників є важливим чинником, що сприяє успішному процесові його реабілітації.

Реабілітаційну допомогу слід орієнтувати на можливість, потреби та інтереси дитини, а не на її обмеження. Надаючи допомогу, варто враховувати індивідуальний підхід, заохочувати і зацікавлювати дитину та, за потреби, використовувати гру як мотиваційний інструмент. Під час надання допомоги дитині з ЦП потрібно застосовувати реабілітаційні втручання з науково доведеною ефективністю, що покращують якість її життя, сприяють автономії та всебічному розвитку.

Склад МДРК може змінюватися залежно від потреб пацієнта.

Реабілітаційна допомога дітям із ЦП або з високим ризиком розвитку ЦП, дітям з іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, базується на результатах визначення обмеження повсякденної життєдіяльності та на принципах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (під час надання реабілітаційної допомоги враховують функції та структури

Продовження на стор. 24.

Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями

Стандарт реабілітаційної допомоги

Продовження. Початок на стор. 23.

Панель 1

Інформація про фактори ризику розвитку ЦП та рекомендації щодо його ранньої діагностики

Медичні працівники і фахівці з реабілітації мають бути обізнані щодо факторів ризику розвитку ЦП для їх раннього виявлення та направлення до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ.

Доведена ефективність і доцільність швидкого направлення немовлят і дітей раннього віку для якомога швидшого отримання реабілітаційних втручань до реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів ЗОЗ задля оптимізації рухової та когнітивної пластичності немовлят, запобігання вторинним ускладненням і покращення психологічного стану їхніх батьків/законних представників.

Фактори ризику розвитку ЦП:

1) антенатальні:

- передчасні пологи (ризик зростає зі зменшенням терміну гестації),
- хоріоамніоніт,
- респіраторні або сечостатеві інфекції матері, які вона лікувала в стаціонарі,
- вроджені вади розвитку центральної нервової системи (ЦНС),
- мертвородження, самовільні викидні (спонтанні аборти) в анамнезі,
- багатоплідна вагітність,
- затримка внутрішньоутробного розвитку,
- низький соціально-економічний статус,
- зловживання психоактивними речовинами,
- захворювання щитоподібної залози у матері або прееклампсія,
- внутрішньоутробні інфекції;

2) перинатальні:

- низька маса тіла під час народження,
- хоріоамніоніт,
- неонатальна енцефалопатія,
- неонатальний сепсис (особливо у дітей із масою під час народження менше ніж 1,5 кг),
- гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку,
- респіраторні або сечостатеві інфекції матері, які вона лікувала в стаціонарі,
- судоми,
- гіпоглікемія,
- жовтяниця, що потребувала лікування;

3) постнатальні:

- менінгіт та інші інфекційні ураження ЦНС,
- госпіталізація немовляти у періоді новонародженості до відділення інтенсивної терапії,
- черепно-мозкова травма, внутрішньочерепні крововиливи,
- інсульт.

Якщо виявлено фактори ризику розвитку ЦП, дитину потрібно якнайшвидше направити до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ.

Оскільки раннє виявлення і подальше ведення дітей із факторами ризику, високим ризиком ЦП і діагностованим ЦП потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів МДРК фахівців, паралельне раннє направлення до реабілітаційного закладу, відділення ЗОЗ можуть здійснювати лікарі різних спеціальностей: педіатри, лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, неврологи дитячі, ортопеди – травматологи дитячі, а також інших лікарських спеціальностей.

Ранню діагностику ЦП слід почати зі збору анамнезу і передбачити використання нейровізуалізації, стандартизованих неврологічних і стандартизованих рухових оцінок, що визначають конгруентні відхилення, які вказують на ЦП.

Рання діагностика ЦП не виключає подальшого специфічного етіологічного дослідження та сприяє якомога більш ранньому направленню дітей на реабілітаційні втручання, а визначення специфічної етіології не виключає також можливої наявності у дитини ЦП. Раннє стандартизоване оцінювання й обстеження для раннього виявлення ЦП завжди слід проводити новонародженим із виявленим ризиком ЦП.

Оцінюючи ймовірну причину ЦП, варто враховувати, що фактори ризику можуть мати – кумулятивний вплив, негативно впливаючи на мозок, що розвивається; – вплив на будь-якому етапі розвитку, враховуючи антенатальний, постнатальний період.

Клінічний синдром неонатальної енцефалопатії може бути наслідком різних патологічних станів, таких як гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку або сепсис, і якщо цих станів було більше ніж один, вони можуть взаємодіяти, пошкоджуючи мозок дитини, і стати причиною ЦП.

Тонкі нейроанатомічні зміни, які могли б пояснити етіологію ЦП, можуть бути непомітними до двох років.

Рекомендовано проведення МРТ дитини з підозрою на ЦП або з діагнозом ЦП для з'ясування етіології, якщо вона не очевидна, з урахуванням таких факторів:

- антенатальний, постнатальний анамнез;
- прогрес у розвитку дитини;
- результати клінічного обстеження;
- результати нейросонографії.

Відсутність патологічних змін на МРТ автоматично не виключає можливості діагностики ризику ЦП або ЦП. Необхідно роз'яснити батькам/законним представникам, а також дитині з ЦП (якщо це доречно), що не завжди можна визначити причину ЦП, та у кожному конкретному випадку обговорити причини проведення МРТ із дитиною та/або її батьками/законними представниками.

Повторні МРТ-сканування рекомендовані у дворічному віці для дітей, що мали нормальні результати МРТ у 12-18 місяців, за наявності стійких моторних або неврологічних порушень, у поєднанні зі стандартизованим оцінюванням моторики.

Панель 2

Раннє виявлення ЦП

До п'яти місяців корегованого віку

Варіант А: найбільш точним методом раннього виявлення ЦП у немовлят із групи ризику від народження до п'яти місяців корегованого віку є використання комбінації стандартизованого оцінювання рухів, нейровізуалізації та збору анамнезу про фактори ризику.

Стандартизоване оцінювання рухів: оцінювання загальних рухів за Прехтлем (GMA, Prechtl Qualitative Assessment of General Movements) застосовують для виявлення моторної дисфункції (95-98% прогнозування ЦП) у поєднанні з нейровізуалізацією.

Нейровізуалізація: МРТ (необхідна попередня седация) застосовується для виявлення аномальної нейроанатомії в рухових ділянках мозку (80-90% прогностичного значення для виявлення ЦП). Зауважте, що відсутність патологічних змін на МРТ автоматично не виключає можливості діагностики ризику ЦП.

Варіант В: в умовах, коли оцінювання загальних рухів за Прехтлем (GMA) недоступне або МРТ не є безпечним чи доступним способом діагностики, раннє виявлення ЦП у немовлят із виявленим ризиком в період від народження до п'яти місяців життя (скорегованих) є можливим і його слід проводити, щоб забезпечити доступ до раннього реабілітаційного втручання. Для цього застосовують стандартизоване неврологічне оцінювання – неврологічне обстеження немовлят за Хаммерсміт (HINE, Hammersmith Infant Neurological Examination): < 57 балів у віці трьох місяців у 96% є прогностичним показником ЦП.

Після п'яти місяців корегованого віку

Точне раннє виявлення ЦП у дітей з ризиками, діагностованими у немовлят, та у віці 5-24 місяців може і має відбуватися якомога раніше, але потрібні інші діагностичні інструменти.

Стандартизоване обстеження на наявність ЦП має пройти будь-яке немовля, що має такі ознаки:

- а)** нездатність самостійно сидіти у віці 9 місяців;
- б)** асиметрія функції рук;
- в)** нездатність переносити масу на всю підошовну поверхню стопи (п'яту і передню частину стопи).

Варіанти обстеження

Варіант А: найточнішим методом раннього виявлення ЦП у дітей віком понад 5 місяців (із поправкою на недоношеність), але молодших двох років із виявленими ризиками є застосування комбінації стандартизованого неврологічного оцінювання (HINE), нейровізуалізації (МРТ), стандартизованого оцінювання моторики та збір анамнезу про фактори ризику.

Стандартизоване неврологічне оцінювання HINE є ефективним у 90% випадків у разі прогнозування ЦП. Тих дітей, у яких HINE < 73 (у 6, 9 або 12 місяців), слід розглядати як групу високого ризику ЦП. Загальна кількість балів HINE < 40 (у 6, 9 або 12 місяців) майже завжди вказує на ЦП у поєднанні з нейровізуалізацією та стандартизованим оцінюванням моторики.

Нейровізуалізація: МРТ застосовується для виявлення аномальної нейроанатомії в рухових ділянках мозку. Чітко визначені ураження можна побачити на ранній стадії, але незначні ураження білої речовини важко виявити через швидкий ріст, мієлінізацію та залежну від активності пластичність. Повторні МРТ-сканування рекомендовані у віці двох років для дітей, що мали нормальні результати МРТ у 12-18 місяців, за наявності стійких моторних або неврологічних аномалій, у поєднанні зі стандартизованим оцінюванням моторики.

Стандартизоване оцінювання моторики: шкала моторного розвитку немовлят Альберта (AIMS, Alberta Infant Motor Scale) – 86% прогнозування аномального моторного результату.

Варіант В: в умовах, коли МРТ недоступна або не є безпечною, раннє виявлення ЦП можливе у дітей віком від 5 до 24 місяців із виявленими ризиками ЦП (із поправкою на недоношеність), і його слід проводити, щоб забезпечити доступ до раннього реабілітаційного втручання.

Для цього застосовують стандартизоване неврологічне оцінювання HINE (90% прогностичність ЦП у віці 2-24 місяців). Загальна кількість балів HINE у віці 6, 9 або 12 місяців < 73 свідчить про високий ризик ЦП; < 40 вказує на аномальний результат, переважно ЦП.

Раннє виявлення ступеня тяжкості рухових порушень при ЦП

Довготривалий прогноз ступеня тяжкості рухових порушень є найбільш точним у дітей старших двох років за допомогою GMFCS-E&R.

Можливі ранні рухові прояви ЦП:

- незвичайні метушливі рухи або інші їхні аномалії включно з асиметрією або слабкістю;
- аномалії тонусу включно з гіпотонією (млявість), спастичністю, ригідністю або дистонією (коливання тонусу);
- аномальний моторний розвиток, зокрема пізній контроль голови, перевертання і повзання;
- труднощі з годуванням.

Дітей з можливими наведеними ранніми руховими проявами ЦП; що мають затримку розвитку моторики; які постійно ходять навшпиньках, необхідно направляти до реабілітаційних закладів, відділень ЗОЗ для реабілітаційного обстеження, оцінювання функціонування та раннього реабілітаційного втручання.

Найпоширеніші ознаки затримки етапів рухового розвитку у дитини із ЦП:

- не сидить до 9 місяців (із поправкою на гестаційний вік);
- не ходить до 18 місяців (з урахуванням гестаційного віку);
- рання асиметрія функції кисті (перевага руки) до року життя (з поправкою на гестаційний вік).

Занепокоєння батьків/законних представників є вагомою причиною для проведення офіційних діагностичних досліджень і направлення до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ.

Враховуючи, що встановлення медичного діагнозу ЦП є компетенцією невролога дитячого, у разі виявлення факторів ризику розвитку ЦП дитину потрібно направити одночасно до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ і на консультацію до невролога дитячого для неврологічного моніторингу. Необхідно забезпечити спостереження за розвитком дітей віком до двох років (із поправкою на гестаційний вік), які мають ризик розвитку ЦП, силами МДРК. Також слід забезпечити клінічне спостереження дитини неврологом дитячим.

У разі встановлення клінічного діагнозу ЦП необхідно забезпечити проведення медичних обстежень для виявлення пов'язаних із ним порушень та функціональних обмежень (наприклад, порушення зору, слуху, епілепсія).

Важливо забезпечити наявність визначених клінічних маршрутів дітей із ЦП для доступу до спеціалізованої медичної та реабілітаційної допомоги включно з допомогою при супутніх станах, пов'язаних із ЦП.

Панель 3

Інструменти оцінювання функціонування дітей, які потребують реабілітаційної допомоги при ЦП

Фізична терапія

Обов'язкові

1. Система класифікації великих моторних функцій – Gross Motor Function Classification System/GMFCSE&R (до 2 років, 2-4 роки, 4-6 років, 6-12 років, 12-18 років).
2. Система класифікації зорових функцій – Visual Function Classification System/VFCS (від року).
3. Тест великих моторних функцій – Gross Motor Function Measure/GMFM (від 5 місяців до 16 років).
4. Функціональна шкала мобільності – Functional Mobility Scale/FMS (від 4 років).
5. Модифікована шкала спастичності Ашворта – Modified Ashworth Scale/MAS (від 6 років) або Модифікована шкала Тардьє – Tardieu Scale/Modified Tardieu Scale/MTS (від 2 років).
6. Педіатрична шкала рівноваги – Pediatric Balance Scale/PBS (від 3 років).
7. Візуальна аналогова шкала болю/ВАШ – Visual Analog Scale/VAS, або Шкала болю – FLACC (Pain scale [Face, Legs, Activity, Cry, Consolability]) (від 2 місяців до 7 років), або Рейтингова шкала оцінювання болю за допомогою гримас Вонг – Бейкер – Wong – Baker Faces Pain Rating Scale (від 3 років).
8. Десятиметровий тест – 10 Meter Walk Test/10MWT (від 2 років).
9. Тест «Встань та йди» – The Timed Up and Go Test/TUG (від 3 років).
10. Тест підйому і спуску сходами – Timed Up and Down Stairs/TUDS (від 3 років).
11. Шестихвилинний тест ходи – 6 Minute Walk Test/6MWT (від 2 років).
12. Неврологічне обстеження немовлят Хаммерсміт – Hammersmith Infant Neurological Examination/HINE (від 3 до 24 місяців).
13. Гоніометрія – Range of motion/ROM.
14. Мануальне м'язове тестування – Manual Muscle Test/MMT.
15. AIMS (Alberta Infant Motor Scale) – шкала моторного розвитку немовлят Альберта.
16. Опитувальник оцінювання дитячої інвалідності – Pediatric Evaluation of Disability Inventory/PEDI (від 6 місяців до 7,5 року).
17. Неврологічне неонатальне обстеження Хаммерсміт – Hammersmith Neonatal Neurological Examination/HNNE (0-3 місяці).
18. Тест «Чотири квадрати» – Four Square Step Test/FSST (від 6 років).

Бажані

19. Інструмент вимірювання функціональної незалежності – Functional Independence Measure for Children/WeeFIM.
20. GMA (Precht Qualitative Assessment of General Movements) – якісне оцінювання загальних рухів за Прехтлем.
21. DAYC (Developmental Assessment of Young Children) – оцінювання розвитку дітей раннього віку.

Ерготерапія

Обов'язкові

1. Система класифікації великих моторних функцій – GMFCSE&R.
2. Система класифікації здатності споживати їжу та рідину – EDACS.
3. Система класифікації функції руки – MACS / mini MACS.
4. Система класифікації зорових функцій – VFCS.
5. Канадський інструмент оцінювання виконання занять – COPM.
6. Опитувальник оцінювання дитячої інвалідності – PEDI.
7. Функціональна шкала мобільності – FMS.
8. Інструмент оцінювання харчування в педіатрії – PEDI-EAT-10 (Pediatric Eating Assessment Tool – 10) – скринінговий інструмент.

Бажані

9. Інструмент вимірювання функціональної незалежності – Functional Independence Measure for Children/WeeFIM.
10. Опитувальник для батьків/законних представників для визначення рівня функції руки у дитини під час виконання типових повсякденних дій ABILHAND-Kids.

Терапія мови і мовлення

Обов'язкові

1. Система класифікації комунікативних функцій – Communication Function Classification System (CFCSS).
2. Система класифікації здатності споживати їжу та рідину – Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS).
3. Система класифікації функціональної комунікації – Functional Communication Classification System (FCCS).
4. Розбірливість у контекстній шкалі – Intelligibility in Context Scale (ICS).
5. Опитувальник для оцінювання оральної моторики – Schedule for oral-motor assessment (SOMA).
6. Опитувальник розладів дисфагії – Dysphagia Disorder Survey (DDS).
7. Шкала стадій лікування дисфагії – The Dysphagia Management Staging Scale (DMSS).
8. Інструмент оцінювання дитячого харчування – Pediatric Eating Assessment Tool (PEDI-EAT-10) – скринінговий інструмент.
9. Шкала тяжкості та частоти слинотечі (Drooling Severity and Frequency Scale, DSFS) та/або Шкала впливу слинотечі на повсякденне життя дитини, враховуючи соціальну взаємодію і навантаження на тих, хто доглядає за нею (Drooling Impact Scale (DIS)).

Бажані

10. Комунікативна матриця – Communication Matrix (CM).

Реабілітаційні втручання, що мають науково обґрунтовану ефективність, під час надання послуг дітям із ЦП

Фізична терапія

Цілеспрямоване тренування

Дитині потрібні завдання або діяльність у повсякденному житті. Функціональною метою може бути навчання: сісти, щоб пограти з іграшками; одягатися/роздягатися; безпечно нарізати їжу. Це визначається індивідуальними цілями дитини, її наявними можливостями, бажаними видами діяльності для виконання і повторення, а також умовами довкілля.

Домашні програми з використанням цілеспрямованого тренування.

Функціональне тренування

Силові тренування при ЦП можуть допомогти дітям покращити мобільність, силу і витривалість. Вони покращують баланс, активну амплітуду рухів, силу м'язів, поставу. Силові тренування також сприяють здатності до ходьби та підвищенню рівня активності. Перенесення на показники ходьби можливе за умови поєднання із орієнтованими на завдання втручаннями, спрямованими на тренування ходи. Це може бути особливо корисним для дітей, яким важко вільно рухатися і виконувати повсякденні справи.

Тренування на біговій доріжці, а також із частковою підтримкою маси тіла.

Сприяння виконанню завдань (**тренування орієнтоване на завдання**): є доказовою практикою, заснованою на принципах моторного навчання і на використанні функціональної діяльності для включення нейропластичних змін. Включає практику повторюваних завдань, інтенсивність навчання, активне вирішення учасником проблем із використанням завдань, важливих для пацієнта.

Адаптація середовища та вправи для забезпечення виконання завдань за допомогою **контекстно орієнтованої терапії**: підхід, орієнтований на контекст, починається із встановлення цілей і визначення плану втручання. Спочатку потрібен ретельний проблемний аналіз переваг і недоліків дитини та її оточення. Контекстно орієнтований підхід передбачає врахування факторів довкілля для підвищення рівня діяльності та участі дитини.

Основну увагу слід приділити адаптації завдань і середовища, а не корекції рухових порушень. Ефективність цього підходу залежить від тісної співпраці фахівця з реабілітації з дитиною та/або її батьками чи законними представниками для визначення цільових навичок. Після цього відповідно модифікуються завдання та умови їх виконання. Такі зміни дають дитині змогу опанувати дії, раніше для неї недоступні.

Залучення батьків/законних представників

Для покращення мобільності дітей із ЦП (GMFCSE&R I-IV, усі моторні підтипи) рекомендовано тренування з використанням цілеспрямованого підходу, з фокусом на практиці в контексті реального життя. Для дітей, класифікованих за рівнем GMFCSE&R IV, основний акцент має бути спрямований на підбір, налаштування і навчання користувачу необхідними ДЗР та їхніми модифікаціями, завдяки яким вони здатні самостійно пересуватися відповідно до свого функціонального рівня (зокрема кіресел колісних із ручним або електричним приводом), що забезпечує ефективне досягнення цілей, повсякденну активність і зменшення навантаження на батьків/законних представників. Реабілітаційні втручання не потрібно фокусувати на вдосконаленні загальних моторних навичок, якщо це не призводить до покращення функціональної мобільності.

За рівнями GMFCSE&R III-IV рекомендовано враховувати функціональні цілі в поєднанні з обладнанням, технологіями та адаптацією факторів довкілля, щоб максимізувати незалежність, інклюзію, швидкість виконання завдань, а також зменшити навантаження на батьків/законних представників. Рекомендовано визначати цілі спільно з мультидисциплінарною командою (МДК), дитиною та батьками/законними представниками. Цілі мають бути конкретними, досяжними та орієнтованими на повсякденну активність, що має значення для дитини (наприклад, зміна положення тіла в ліжку, пересування в межах кімнати, доступ до необхідних предметів). Їх потрібно здійснювати в реальних контекстах активності з урахуванням адаптації факторів довкілля.

Функціональна шкала мобільності (FMS) – показник продуктивності, за яким класифікують мобільність дитини, беручи до уваги усі ДЗР, які вона може використовувати на короткі, середні та довгі дистанції – 5, 50, 100 метрів. Мобільність оцінюють удома, в школі та громадських місцях. Щоб покращити швидкість ходьби і витривалість, дітям із ЦП рекомендовано тренуватися на поверхні підлоги чи землі (з ходунками або без них) (GMFCSE&R I-IV), на біговій доріжці

(GMFCSE&R I-III) і HABIT-ILE (GMFCSE&R I-IV). Загальні тренування мобільності, ходьба по землі та тренування сидіти/стоячи можуть покращити швидкість ходьби та подолану відстань. Також слід практикувати ходьбу в реальному середовищі та місцевості, де дитина живе. Для дітей, класифікованих за рівнями IV і V за GMFCSE&R, наземна ходьба більш ефективна, ніж часткове тренування на біговій доріжці з підтримкою маси тіла для збільшення дистанції ходьби, але завдяки цим двом видам втручання можна забезпечити досвід ходьби з підтримкою, а не самостійну ходьбу. Для дітей, класифікованих за рівнями IV і V за GMFCSE&R, досвід ходьби не вирішує проблеми функціональної мобільності. Однак завдяки тренуванню на біговій доріжці з частковою підтримкою маси тіла можна досягти кращої витривалості.

Ерготерапія

Втручання на рівні активності мають такі спільні ключові складники:

- насамперед мета дитини: оптимізувати мотивацію й актуальність активності;
- практикувати реальні дії у природному середовищі для оптимізації навчання дитини, варіативність практики;
- інтенсивні повторення для активації нейропластичності, зокрема домашня активність;
- орієнтована практика на виклик для досягнення успіху самостійного вирішення проблем.

Підходи до втручання

Обов'язкові

- **Орієнтація на контекст [Адаптовані завдання та середовище] (Context Focused [Adapting Task & Environment])** – ефективність результатів на рівні активності та середовища. Доведено, що адаптація завдань і середовища така ж ефективна, як і втручання, спрямовані власне на дитину.
- **Сімейно орієнтований догляд (Family Centred Care)** – ефективність результатів на рівні середовища за допомогою навчання батьків/законних представників. Покращення функціональних навичок дитини і підвищення рівня задоволеності її батьків/законних представників.
- **Втручання для покращення процесу вживання їжі (Feeding Interventions)** – ефективність результатів на рівні середовища та структури тіла. Батьки/законні представники набувають компетентності у годуванні, покращується взаємодія батьків/законних представників і дітей. Безпека ковтання стає кращою внаслідок оптимізації позиціонування дитини.
- **Цілеспрямоване навчання (Goal Directed Training)** – ефективність результатів на рівні активності, покращується функція кисті, спритність дрібної моторики, навички великої моторики, самообслуговування.
- **Ерготерапевтичні втручання після застосування ботулінічного токсину типу А (BoNT A)** – ефективність результатів на рівні структури тіла та активності. Покращується функція кисті, досягнення цілей, догляд і комфорт.
- **Навчання батьків/законних представників** – ефективність результатів на рівні середовища.
- **Догляд за тиском та позиціонування** – ефективність результатів на рівні структури тіла, профілактика пролежнів.

Бажані

- **Бімануальне навчання (HABIT і HABIT-ILE)** для одностороннього ЦП – ефективність результатів на рівні активності та структури тіла. Покращується рухливість верхніх і нижніх кінцівок.
- **Рухова терапія, викликана обмеженням (Constraint Induced Movement Therapy)** – ефективність результатів на рівні активності та структури тіла, однакова ефективність в клінічному середовищі або домашніх умовах. Однакова ефективність для гіпсу, рукавиці, слінгу, але діти віддають перевагу засобам обмеження руху, які можна зняти.
- **Рухова терапія, викликана обмеженням, та/або бімануальна терапія (Constraint Induced Movement Therapy &/or Bimanual)** – і CIMT, і бімануальне втручання є ефективними та надають однакову перевагу в активності та структурі тіла. Можна використовувати будь-яке, батьки/законні представники можуть обрати.
- **Когнітивна орієнтація на щоденне виконання занять (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance [CO-OP; CO-OP Approach])** – активний, орієнтований на пацієнта підхід у ерготерапії для оцінювання та втручання, який залучає пацієнта

на метакогнітивному рівні для вирішення проблем, пов'язаних з виконанням занять. Підхід CO-OP ефективний для різних вікових і нозологічних груп, зокрема вербальних дітей із ЦП.

Рекомендації щодо проведення втручання

Щоб дитина із ЦП використовувала руки і кисти, ерготерапевтам під час вибору втручання слід враховувати її вік, здібності, контекст/ресурси, її уподобання та/або її батьків/законних представників, толерантність до додаткових втручання. Для покращення функції кистей у дітей із ЦП (MACS I-IV, усі моторні підтипи ЦП) рекомендовано цілеспрямований підхід або орієнтований на конкретне завдання.

Для покращення функцій верхніх кінцівок у дітей з одностороннім ЦП (MACS I-III) варто розглянути CIMT, бімануальну терапію/HABIT.

Для покращення функції кистей у дітей із двобічним ЦП (MACS I-III) варто розглянути HABIT/HABIT-ILE.

Для покращення функції кистей у дітей із ЦП, класифікованих за MACS IV (одно- або двобічний), рекомендовано цілеспрямований підхід плюс адаптація середовища та використання обладнання/допоміжних технологій, щоб максимізувати незалежність.

Для покращення навичок самообслуговування

У дітей із ЦП (усі типи ЦП та тяжкість) рекомендовано цілеспрямований підхід із конкретним завданням і ДЗР та його модифікації (для безпечної, своєчасної незалежності).

У дітей із ЦП (GMFCSE&R I-IV, усі типи) рекомендовано **цілеспрямоване навчання і HABIT**. Щоб збільшити самостійність, безпеку і зменшити навантаження на батьків/законних представників під час виконання занять із самообслуговування для дітей із ЦП (GMFCSE&R IV та V, усі моторні типи), рекомендовано використання адаптивного обладнання.

Щоб уможливити/збільшити участь дитини із ЦП у бажаних та необхідних для неї заняттях, враховуючи особливості діагнозу, рекомендовано також використання ДЗР/адаптивного обладнання для безпеки і своєчасної незалежності.

Терапія мови та мовлення

Втручання

Розроблення стратегій та цілей втручання спільно з дитиною і батьками/законними представниками.

Створення ІРП, що враховує:

- постуральний менеджмент і позиціонування під час вживання їжі та пиття;
 - модифікацію текстури і смаку їжі та рідин;
 - техніки годування (наприклад, розміщення ложки);
 - використання ДЗР та його модифікацій (спеціалізований посуд);
 - оптимізацію середовища під час прийому їжі;
 - стратегії управління поведінковими труднощами;
 - стратегії розвитку оральної моторики;
 - стратегії комунікації;
 - адаптацію для зорових чи інших сенсорних порушень;
 - навчання осіб, які доглядають за дитиною.
- Використання показників результатів для моніторингу прогресу й ефективності втручання.

Мовлення, мова та комунікація

Ранні реабілітаційні втручання: акцентування на важливості якомога ранішого початку втручання задля формування комунікативної автономії дитини, що є передумовою її всебічного розвитку.

Мовлення: втручання для того щоб оптимізувати ініціювання, планування, програмування, продукування розбірливого і плавного мовлення.

Мова: втручання для того щоб досягти всебічного розвитку мови у модальності сприймання та продукування.

Альтернативна і додаткова комунікація (АДК):

- підбір засобів АДК відповідно до рівня інтелектуального розвитку і рівня комунікації;
- вибір і застосування високо- або низькотехнологічних засобів АДК;
- підбір та адаптація АДК відповідно до індивідуальних можливостей (когнітивних, комунікативних, лінгвістичних, моторних, слухових, зорових), потреб та інтересів дитини;
- залучення і навчання комунікативних партнерів до активного впровадження АДК як засобу комунікації дитини з ЦП;
- регулярний моніторинг та адаптація системи АДК до рівня розвитку, інтелекту і комунікативних потреб дитини.

Продовження на стор. 26.

Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями

Стандарт реабілітаційної допомоги

Продовження. Початок на стор. 23.

Панель 5

Заходи з підтримки та розвитку мобільності дітей із ЦП

Від 0 до 2 років

Втручання:

- положення для гри: на животі, навколішки, стоячи біля меблів;
- перенесення маси через верхні кінцівки, стегна, коліна з використанням різних положень (стоячи навкарачки, стоячи на високих колінах із підтримкою) з допомогою обладнання (клини, столи, кубки);
- III – IV – V рівень: мобільність сидючи (нахили, сидіння з підігнутими вбік ногами, підтримка голови, просте використання для батьків/законних представників);
- IV-V рівень: заохочення активного контролю голови в положенні на животі, боці, спині та сидючи з орієнтацією на середню лінію тіла.

ДЗР: підбір ґрунтується на індивідуальних цілях активності та участі відповідно до функціональних можливостей дитини, цілей мобільності, умов середовища, уподобань сім'ї.

Взуття: для забезпечення стабільності стопи та гомілковостопного суглоба під час стояння, ходьби та бігу. Зазвичай саме взуття спершу розглядають для забезпечення стабільності стопи, коли діти починають підтягуватися, вставати, ходити та бігати.

Від 2 до 4 років

Втручання:

- I – II – III рівень: функціональний, цілеспрямований підхід до мобільності через активність повсякденного життя та середовище (практикувати ходьбу по сходах; рухливість на різних поверхнях, зокрема тренування на біговій доріжці; перехід від сидіння до стояння на стійких поверхнях);
- IV рівень: мобільність сидючи (нахили, сидіння з підігнутими вбік ногами, підтримка голови, просте використання для батьків/законних представників);
- IV-V рівень: положення для гри – на животі, на колінах, стоячи біля меблів; перенесення маси через верхні кінцівки, стегна, коліна з використанням різних положень (стоячи навкарачки, стоячи на високих колінах із підтримкою) з використанням обладнання (клини, столи, кубки); заохочення активного контролю голови в положенні на животі, на боці, спині та сидючи з орієнтацією на середню лінію тіла.

Ортопедичне лікування зазвичай поєднується з ортопедичною хірургією, тому необхідний командний підхід для індивідуального менеджменту.

Від 4 до 6 років

Втручання:

- I-II рівень: функціональний, цілеспрямований підхід до мобільності через активність повсякденного життя (практикувати ходьбу по сходах, мобільність на різних поверхнях); тренування на біговій доріжці; практикувати пересування в умовах зовнішнього середовища;
- III-IV рівень: допомога під час ходьби (оцінити умови, тип ходьби, безпеку, вихід на пандус);
- IV-V рівень: мобільність сидючи: використання спеціалізованого крісла колісного; переходити до крісла колісного потрібно навчитися до школи; маркери: сила та амплітуда руху нижніх кінцівок, антропометричні параметри дитини, середовище (доступ, відстань, поверхня), тип ЦП, когнітивні здібності та особистісні фактори дитини.

Взуття використовувати для додаткової стабільності та разом з ортезами.

Від 6 до 18 років

Втручання:

- II-III рівень: функціональне тренування, орієнтоване на завдання, наприклад, сісти та встати, підйом по сходах, ходьба, переміщення; тренування на біговій доріжці для витривалості під час ходьби включно з нахилами; практикувати пересування в умовах зовнішнього середовища;
- III рівень: допомога під час ходьби (оцінити умови, тип ходьби, безпеку);
- IV рівень: мобільність із використанням крісла колісного, допомога під час ходьби з використанням ролатора – підбір ДЗР залежить від сили та амплітуди руху нижніх кінцівок дитини, її антропометричних параметрів, умов середовища (доступ, відстань, поверхня), типу ЦП, когнітивних здібностей та особистісних факторів дитини. Використання **взуття** разом з ортезами.

Панель 6

Оцінювання та менеджмент опорно-рухового апарату нижніх кінцівок

I-III GMFCS-E&R

Оцінювання:

- амплітуда руху: гоніометрія;
- тонус: модифікована шкала спастичності Ашворта;
- ключові м'язи (групи м'язів) для оцінювання: привідні м'язи стегна, м'язи – згиначі стегна, м'язи задньої поверхні стегна, литковий, камбалоподібний м'яз (із зігнутим і прямим коліном);
- сила: м'язове тестування, ключові м'язи (групи м'язів) для оцінювання: відвідні м'язи стегна, м'язи – розгиначі стегна, м'язи – розгиначі колінного суглоба.

Втручання

1. Спостереження за кульшовими суглобами та стабільністю відсотка міграції кульшового суглоба (направлення до ортопеда – травматолога дитячого у віці 12-24 місяців або після встановлення діагнозу ЦП, щоб мати початкове рентгенівське обстеження таза). З підвищенням рівня GMFCS-E&R ризик прогресування зміщення стегна зростає.

2. Направлення до ортопеда – травматолога дитячого для спостереження і визначення показань до ортопедичного втручання для запобігання або лікування контрактур м'язик тканин.

3. Профілактику контрактур і підтримання амплітуди рухів у суглобах потрібно здійснювати переважно через активні та функціональні рухи, вертикалізацію, ортезування або серійне гіпсування. Пасивне розтягування м'язів можна застосовувати як допоміжний метод – для короточасного зниження спастичності або підготовки до активних рухів. Важливо, щоб дитина не була напруженою. Розтягувати слід повільно, без болю, з урахуванням реакції дитини, утримуючи положення 10-20 секунд, 2-3 повтори у поєднанні з подальшою активністю.

Ключові м'язи (групи м'язів) для розтягування:

- відвідні м'язи стегна;
- м'язи – згиначі стегна;
- м'язи – розгиначі стегна;
- литковий, камбалоподібний м'яз (із зігнутим і прямим коліном).

4. Сила. Розвиток м'язової сили здійснюється завдяки функціонально орієнтованому тренуванню за активної участі дитини, що ґрунтується на поступовому збільшенні навантаження та контролі якості виконання рухів. Таке тренування має бути індивідуальним, з урахуванням рівня GMFCS, ступеня спастичності та наявного моторного контролю, у межах безболісної амплітуди рухів включно із вправами у формі функціональних завдань (наприклад, вставання з положення сидючи, стояння, ходьба по сходах тощо).

5. II-III рівень: використання вертикалізатора як частини програми активного втручання рекомендовано щодня тривалістю не менше ніж 60 хвилин на день сумарно (за 1-3 сесії) в межах переносимості, у поєднанні з позиціонуванням та функціональними активностями; конкретна денна тривалість вертикалізації визначається індивідуально з урахуванням віку, рівня GMFCS, асоційованих станів тощо.

6. Шинування та ортези: AFO ортези на гомілковостопні суглоби для покращення положення та стабільності стопи під час стояння та ходьби, запобігання деформації.

7. Взуття для підтримання та позиціонування стопи використовують для дітей молодшого віку перед використанням ортезів.

IV-V GMFCS-E&R

Оцінювання:

- амплітуда руху: гоніометрія;
- тонус: модифікована шкала Ашворта, ключові м'язи для оцінювання: відвідні м'язи стегна, м'язи – згиначі стегна, м'язи – розгиначі стегна, литковий, камбалоподібний м'яз (із зігнутим і прямим коліном);
- сила: м'язове тестування, ключові м'язи для оцінювання: відвідні м'язи стегна, м'язи – розгиначі стегна, м'язи – розгиначі колінного суглоба.

Втручання

1. Спостереження за кульшовими суглобами і стабільністю відсотка міграції кульшового суглоба (направлення до ортопеда – травматолога дитячого у віці 12-24 місяців або після встановлення діагнозу ЦП, щоб мати початкове рентгенівське обстеження таза). З підвищенням рівня GMFCS-E&R ризик прогресування зміщення стегна зростає.

2. Діти потребують ортопедичного втручання/спостереження і регулярного контролю стегна, хребта та інших суглобів.

3. Профілактика контрактур і підтримання амплітуди рухів у суглобах потрібні переважно через активні та функціональні рухи, вертикалізацію, ортезування або серійне гіпсування. Пасивне розтягування м'язів може застосовуватись як допоміжний метод – для короточасного зниження спастичності або підготовки до активних рухів. Важливо, щоб дитина не була напруженою. Розтягувати слід повільно, без болю, з урахуванням реакції дитини, утримуючи положення 10-20 секунд, 2-3 повтори у поєднанні з подальшою активністю.

4. Вертикалізатор є хорошим способом досягти тривалого розтягування нижніх кінцівок, особливо для тих дітей, які не ходять. Можна також використовувати для підтримки сили нижніх кінцівок для IV рівня.

5. Для тих хто може виконувати переміщення стоячи, важливий контроль голови та тулуба, здатність витримувати вагу, ступінь розгинання стегон і колін, положення стопи.

6. Шинування/ортези нижніх кінцівок – AFO (ортези на гомілковостопні суглоби) використовують для покращення положення стопи, стабільності стоячи, підтримання гомілковостопного суглоба та запобігання деформації. Найпоширенішим є суцільний жорсткий AFO.

7. Діти повинні використовувати крісла колісні для забезпечення рухливості й підтримки постави.

8. Позиціонування сприяє утриманню тіла в симетричному положенні, покращує якість сну та запобігає контрактурам. Для цього використовують системи підтримки голови й тулуба, подушки для нічного позиціонування й адаптивні сидіння.

Менеджмент станів, пов'язаних із ЦП

Оцінювання, менеджмент і моніторинг супутніх станів у дітей із ЦП потребують міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів МДК фахівців, яка має забезпечувати всебічне оцінювання стану дитини і подальше втручання з урахуванням клінічних проявів, індивідуальних потреб, ресурсів родини та контексту довкілля.

Діти з ЦП є вкрай вразливою категорією пацієнтів, оскільки рухові порушення можуть супроводжуватися супутніми станами, такими як біль, порушення розвитку, пізнання, поведінки, годування, сну, зору та слуху, а також наявністю епілепсії, вторинних проблем опорно-рухового апарату, респіраторних порушень, соматичних симптомів, пов'язаних із шлунково-кишковим трактом та сечовивідними шляхами, низької мінеральної щільності кісток. Несвоєчасна діагностика і менеджмент таких станів знижують ефективність реабілітаційного процесу, погіршують якість життя та зумовлюють ризики для фізичного і психічного здоров'я дитини.

1. Оптимізація нутритивного статусу

Необхідно перевірити стан харчування (нутритивного статусу) дітей із ЦП з огляду на їхній зріст і масу (або розглянути можливість проведення альтернативних антропометричних вимірювань, особливо якщо зріст та масу неможливо виміряти). Крім того, необхідне своєчасне оцінювання та дієтичне втручання педіатра та/або гастроентеролога дитячого, лікаря-дієтолога, нутриціолога, якщо є порушення перорального прийому їжі, затримка фізичного розвитку, невідповідність антропометричних даних або нутритивного статусу. Якщо після оцінювання та харчових втручання перорального споживання досі недостатньо для забезпечення адекватного харчування, дитину необхідно направити до хірурга дитячого.

2. Менеджмент контролю слинотечі

Необхідно оцінити фактори, які можуть вплинути на слинотечу у дітей із ЦП, такі як позиціонування, історія прийому лікарських засобів, рефлюкс і наявність стоматологічних проблем, та забезпечити втручання, направлені на оптимальне позиціонування, щоб досягти контролю слинотечі.

3. Оцінювання ризику та менеджмент низької мінеральної щільності кісткової тканини у дітей із ЦП

Необхідно враховувати такі фактори ризику: дитина не може ходити чи сидіти без підтримки (GMFCS-E&R рівень IV або V); дефіцит вітаміну D; наявність труднощів із вживанням їжі, питтям і ковтанням або порушення нутритивного статусу; низька маса для віку (нижче 2-го центиля); наявність в анамнезі низькоенергетичних переломів; прийом протисудомних препаратів. Необхідно інформувати дітей із ЦП та їхніх батьків/законних представників про підвищений ризик низькоенергетичних переломів у дітей із ЦП, які не ходять або мають низьку мінеральну щільність кісток.

Якщо дитина з ЦП має один або більше факторів ризику низької мінеральної щільності кісткової тканини, рекомендовано оцінити рівень споживання кальцію та вітаміну D з їжею і розглянути такі лабораторні дослідження: сироватковий кальцій, фосфор та лужна фосфатаза; вітамін D у сироватці крові; співвідношення кальцію/креатиніну в сечі. ДEXA-сканування для дітей із ЦП, які перенесли низькоенергетичний перелом, з направленням до багатопрофільної дитячої лікарні.

4. Менеджмент болю, дискомфорту та дистресу

У дітей із ЦП поширеними причинами болю, дискомфорту та дистресу, пов'язаними з конкретним станом, можуть бути проблеми

з опорно-руховим апаратом (наприклад, сколіоз, підвигих і вигих стегна); підвищений м'язовий тонус (із врахуванням дистонії та спастичності); м'язова втома і малорухомість; закрепи; блювота; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Враховуючи, що труднощі з комунікацією та сприйняттям можуть стати на заваді, необхідно виявити такі поширені види болю у дітей із ЦП: неспецифічний біль у спині; головний біль; неспецифічний біль у животі; зубний біль; дисменорея. У разі відсутності ідентифікованих фізичних причин болю та дискомфорту важливо оцінити інші можливі причини дистресу, такі як психологічний та емоційний стрес; підвищена чутливість до екологічних тригерів; відчуття спраги чи голоду.

Слід за можливості уникати процедурного болю. Для цього рекомендовано превентивне знеболення.

Рекомендовані інструменти для виявлення болю або його інтенсивності у дітей із ЦП: Візуальна аналогова шкала болю/ВАШ – Visual Analog Scale/VAS або Шкала болю – FLACC (Pain scale [Face, Legs, Activity, Cry, Consolability]) (від 2 місяців до 7 років) або Рейтингова шкала оцінювання болю за допомогою гримас Вонг – Бейкер – Wong – Baker Faces Pain Rating Scale (від 3 років).

5. Менеджмент спастичності

Необхідно враховувати вплив спастичності на формування ускладнень, пов'язаних з опорно-руховим апаратом. До поширених проблем належать порушення рухової функції, що впливають на здатність дитини з ЦП брати участь у житті суспільства; біль від м'язових спазмів, затримка рухового розвитку та труднощі з повсякденним доглядом через виникнення вторинних наслідків спастичності (стан, який виникає внаслідок спастичності, наприклад, біль, труднощі під час ходьби та контрактури).

За відсутності протипоказань перорально можливо призначення баклофену (МНН – Baclofen), у разі якщо наявна генералізована спастичність, дискомфорт, біль або м'язові спазми (наприклад, нічні м'язові спазми); якщо потрібен стійкий довготривалий ефект (наприклад, для полегшення постійного дискомфорту або покращення загальної рухової функції при генералізованій спастичності).

Баклофен перорально застосовують у дітей від двох років із низьких доз із поступовим збільшенням дозування впродовж чотирьох тижнів до досягнення оптимального терапевтичного ефекту. Ефективність і переносимість препарату необхідно регулярно оцінювати, враховуючи можливі побічні реакції. У разі відсутності суттєвого покращення функціонування або появи побічних ефектів слід переглянути доцільність подальшого прийому.

Ботулінічний токсин типу А (МНН – Botulinum toxin) застосовують за наявності локальної спастичності, що поєднується з такими факторами: виражене порушення дрібної моторики і розвитку великих моторних функцій; ускладнення гігієнічного догляду; спричиняє біль та порушення сну. Рішення про застосування ботулінічного токсину ухвалює МДРК після визначення цілей реабілітації та очікуваних функціональних змін. Після введення ботулінічного токсину типу А необхідно забезпечити реабілітаційне втручання (фізична терапія та/або ерготерапія) і, за потреби, застосування функціонального ортеза.

6. Менеджмент порушень сну

Передбачає виявлення специфічних станів, що можуть бути причиною порушень сну у дітей із ЦП, такі як розлади дихання, індуковані сном (обструктивне апное уві сні); судоми; біль і дискомфорт; потреба в зміні положення через обмежені можливості руху; недостатнє забезпечення гігієни сну; втручання в нічний час включно з нічним годуванням через зонд або використанням

ортезів; коморбідні захворювання, враховуючи побічні ефекти лікарських засобів. Необхідно оптимізувати гігієну сну у дітей із ЦП. Не призначати рутинно регулярний прийом седативних препаратів. Якщо виліковної причини не знайдено, можливе призначення мелатоніну відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу для лікування порушень сну.

У разі наявності тривалих порушень сну, що не піддаються терапевтичному впливу, необхідно направити дитину до невролога дитячого та/або психіатра дитячого.

7. Менеджмент психічного здоров'я

Необхідно дотримуватись відповідних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я при виявленні та менеджменті проблем психічного здоров'я та розладів нейророзвитку у дітей із ЦП (такі як депресія, тривожний розлад, розлади спектра аутизму, синдром дефіциту уваги та гіперактивності тощо). Батьки/законні представники відіграють центральну роль у розпізнаванні та оцінюванні емоційних труднощів і проблем із психічним здоров'ям у дітей із ЦП. У таких дітей поширені проблеми з психічним здоров'ям та психологічні проблеми включно з депресією, тривогою і розладами поведінки; складна поведінка, яка може бути викликана болем, дискомфортом або порушеннями сну; розлади нейророзвитку, враховуючи розлади спектра аутизму і дефіциту уваги та гіперактивності; емоційні та поведінкові труднощі (наприклад, низька самооцінка). Направити дитину з ЦП до психіатра дитячого, якщо емоційні та поведінкові труднощі не зникають або наявна підозра щодо порушення психічного здоров'я.

8. Менеджмент реєстрації та оброблення сенсорної інформації

Необхідно пояснити дітям із ЦП та їхнім батькам/законним представникам, що на навчання і рухові можуть позначитися труднощі з реєстрацією або обробленням сенсорної інформації, що може вплинути на активність та діяльність. Сенсорні труднощі можуть включати первинні системні розлади в будь-якій із сенсорних систем, такі як оброблення візуальної або слухової інформації (наприклад, труднощі зі сприйняттям висоти можуть вплинути на здатність ходити по сходах); розлади сенсорного оброблення та сприйняття, наприклад, планування рухів або здатність до зосередження і концентрації уваги.

За необхідності, ІРП може включати розділ щодо підтримки за наявності труднощів із реєстрацією та обробленням сенсорної інформації у дитини з ЦП. Пояснити батькам/законним представникам, що бракує доказів на підтримку специфічних втручань.

9. Менеджмент порушення зору

Під час встановлення діагнозу ЦП доцільно направляти всіх дітей на первинне базове офтальмологічне та ортоптичне обстеження. Пояснити дітям та/або їхнім батькам/законним представникам, що порушення зору можуть включати одне або більше з наведених: проблеми з контролем рухів очей; кососкість (страбізм); порушення рефракції (короткозорість або далекозорість, спотворене зображення); ретинопатія передчасно народжених; порушення мозкового оброблення зорової інформації (проблеми з баченням об'єктів, спричинені пошкодженням ділянок мозку, які контролюють зір); дефекти поля зору (втрата частини поля зору). Якщо у батьків/законних представників або фахівців з реабілітації є занепокоєння щодо порушення зору, необхідно направити дитину з ЦП до офтальмолога дитячого. Задля покращення зору для немовлят і дітей із підтвердженням або підозрою на порушення зору рекомендовано ранній початок зорового навчання для покращення уваги до зорових стимулів і використання доступних зорових функцій.

10. Менеджмент порушення слуху
Обговорити з дітьми та/або їхніми батьками/законними представниками порушення слуху, що можуть бути пов'язані з ЦП. Інформація, яка може виявитися корисною для обговорення: порушення слуху трапляються приблизно в одній дитині з ЦП із десяти; вони можуть виникати у дітей з будь-яким функціональним рівнем або руховим підтипом, але їхня поширеність зростає зі збільшенням тяжкості рухових порушень; частіше трапляються у людей із дискінетичним або атактичним ЦП, ніж зі спастичним; необхідне регулярне оцінювання слуху.

11. Порушення розладів розвитку здібностей до навчання, інтелектуального розвитку або інтелектуальна недостатність
Обговорити з дітьми та/або їхніми батьками/законними представниками порушення розладів розвитку здібностей до навчання, порушення інтелектуального розвитку, які можуть бути пов'язані з ЦП (наприклад, проблеми із засвоєнням знань, пам'яттю, розумінням і використанням мови). Інформація, яка може бути корисною для обговорення: інтелектуальна недостатність/порушення інтелектуального розвитку (IQ < 70) трапляються приблизно в одного з двох дітей із ЦП; важка інтелектуальна недостатність (IQ < 50) спостерігається приблизно в одного з чотирьох дітей із ЦП; інтелектуальна недостатність може бути пов'язана з будь-яким функціональним рівнем, але поширеність зростає зі збільшенням тяжкості рухових порушень: рівень GMFCS-E&R I або II – приблизно кожен третій має IQ < 70; рівень GMFCS-E&R III, IV або V – приблизно двоє з трьох мають IQ < 70. У разі потреби залучити до роботи МДРК психіатра дитячого та/або лікаря-психолога.

12. Менеджмент поведінкових труднощів
Обговорити з дітьми та/або їхніми батьками/законними представниками поведінкові труднощі, які можуть бути пов'язані з ЦП. Інформація для обговорення: приблизно двоє-трьох із 10 дітей із ЦП мають одну або більше з перерахованих проблем: емоційні та поведінкові труднощі, які впливають на функціонування дитини; проблеми у стосунках з однолітками; труднощі з концентрацією уваги та гіперактивність. У межах роботи МДРК важливо вирішувати повсякденні поведінкові труднощі та направити дитину до психіатра дитячого, якщо труднощі не зникають.

13. Блювота, зригування та рефлюкс
Необхідно повідомити батькам/законним представникам, що блювання, регургітація/зригування та шлунково-стравохідний рефлюкс є поширеними явищами у дітей із ЦП. За необхідності та якщо наявні помітні зміни в характері блювання, необхідно направити дитину до гастроентеролога дитячого або педіатра.

14. Менеджмент закрепи

Необхідно інформувати дітей із ЦП та/або їхніх батьків/законних представників, що троє із п'яти дітей із ЦП мають хронічні закрепи, та виявляти закрепи у дітей з ЦП. У межах роботи МДРК важливо вирішувати повсякденні труднощі, пов'язані із закрепом, із залученням педіатра та направити дитину до гастроентеролога дитячого, якщо труднощі не зникають.

15. Епілепсія

Слід пояснити дітям та/або їхнім батькам/законним представникам, що епілепсія може бути пов'язана з ЦП. Діагностику і лікування епілепсії у дітей із ЦП слід проводити відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дітей», затвердженому наказом МОЗ України від 17 квітня 2014 р. № 276.

Продовження на стор. 28.

Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями

Стандарт реабілітаційної допомоги

Продовження. Початок на стор. 23.

організму, активність і участь, фактори середовища й особисті фактори), результатах диференційованого обстеження і встановлених SMART цілях втручання. Реабілітаційні потреби дітей із ЦП і ризиком його розвитку можуть стосуватися різних доменів МКФ.

Перелік протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації затверджений наказом МОЗ України від 17 травня 2023 р. № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 р. за № 1160/40216.

Обґрунтування положень стандарту

Надання реабілітаційної допомоги дітям із ЦП із моменту встановлення діагнозу або виявлення ризиків його розвитку критично важливе для забезпечення оптимального розвитку дитини і запобігання ускладненням, які можуть обмежити її участь у повсякденному житті, а також для підтримки сім'ї, зменшення тягаря захворювання на родину та суспільство. Своєчасне надання реабілітаційної допомоги сприяє розвитку навичок, необхідних для максимальної участі дитини в активностях, що мають значення для неї та її родини, а також дає змогу закласти основу для довготривалої функціональної незалежності.

Метою надання реабілітаційної допомоги дітям із ЦП є розвиток рухових, когнітивних, мовних, комунікативних, сенсорних і соціальних функцій; формування навичок харчування (якщо є труднощі з прийомом їжі, питтям та ковтанням), навичок повсякденного життя, комунікативної автономії, профілактика вторинних ускладнень (таких як контрактури), а також створення умов для максимально можливої незалежності у повсякденному функціонуванні. Для досягнення цієї мети фахівцям МДРК слід комплексно оцінити функціонування дитини, опитати її та/або її батьків/законних представників, використовувати інструменти оцінювання функціонування дітей, які потребують реабілітаційної допомоги при ЦП (панель 3), що є основою для координації втручання.

Науково обґрунтовані реабілітаційні втручання базуються на принципах активного залучення дитини, її мотивації та індивідуального підходу (панель 4). Практика має бути орієнтована на виконання цілеспрямованих дій у реальному житті, із залученням дитини до виконання активних, ініційованих нею рухів із високою інтенсивністю та регулярністю. Такий підхід забезпечує всебічний розвиток дитини, її автономію та соціальну залученість, що ефективніше порівняно з пасивним або нефункціонально орієнтованим втручанням.

Критерії якості

Обов'язкові

1. Кожен цикл реабілітаційної допомоги дитині з ЦП починати з первинного реабілітаційного обстеження фахівцями з реабілітації – членами МДРК після отримання інформованої згоди пацієнта та/або його законного представника і завершувати остаточним реабілітаційним обстеженням.

2. Фахівцям із реабілітації для виявлення функціональних обмежень, визначення цілей під час первинного реабілітаційного обстеження, оцінювання ефективності втручання в середині (за потреби) та кінці циклу використовувати інструменти оцінювання функціонування (панель 3), про що робити відповідні записи в індивідуальному реабілітаційному плані (ІРП) та/або програмі терапії.

3. За результатами обстеження дитини з ЦП та оцінювання рівня її функціонування визначити цілі реабілітації у SMART-форматі, які мають бути орієнтовані на пацієнта, функціональні, специфічні, командні (коли дитина та/або її батьки/законні представники є активними членами команди), вимірювані та орієнтовані у часі (довго- та короткострокові), за обов'язкової участі дитини (якщо це можливо) та/або її батьків/законних представників.

4. З урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, визначення реабілітаційного прогнозу, індивідуальних потреб дитини МДРК скласти ІРП з обов'язковою участю дитини (якщо це можливо) та/або її батьків/законних представників під час його розроблення, який затвердити або змінювати на зборах МДРК; забезпечити належне ведення ІРП відповідно до Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».

5. Забезпечити належне ведення програм терапій фахівців з реабілітації (і у складі МДРК, і під час надання послуг з реабілітації самостійно).

6. Заповнити форму № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації».

7. Під час реалізації ІРП систематично проводити моніторинг, оцінювання рівня досягнення загальної мети і завдань, а також контроль перебігу реабілітаційного процесу, за результатами якого здійснювати перегляд загальної мети та завдань, вносити відповідні корегування до ІРП.

8. Під час надання послуг з реабілітації дітям із ЦП на кожній терапії забезпечити присутність відповідного фахівця з реабілітації (якщо це фізична терапія, тоді фізичного терапевта та/або його асистента під супервізією фізичного терапевта; якщо ерготерапія – ерготерапевта та/або його асистента під супервізією ерготерапевта; якщо терапія мови і мовлення – терапевта мови і мовлення (ТММ), що документувати в ІРП та програмах терапій; фахівцям із реабілітації діяти виключно у межах власних професійних компетентностей і, за потреби, направляти дитину до інших медичних працівників.

9. Фахівцям із реабілітації необхідно використовувати виключно ефективні, результативні та вимірювані реабілітаційні втручання (вибір втручання базувати на результатах обстеження, рівні обмежень функціонування, функціональних можливостях дитини, з урахуванням встановлених орієнтованих на пацієнта цілей та реабілітаційного прогнозу, див. панель 4), які спрямовувати на покращення контролю положення тіла і рухових навичок, рівня незалежності та участі в повсякденній діяльності, усунення бар'єрів до виконання занять, підвищення мотивації до рухової активності та під час занять, досягнення автономії у комунікації та соціальної залученості, покращення якості життя дитини та її батьків/законних представників, її середовища життєдіяльності, вживати заходи з підтримки і розвитку мобільності дітей із ЦП (панель 5).

10. Фахівці з реабілітації повинні проводити навчання для батьків/законних представників дитини, щоб максимально залучити їх під час втручання і щоб вони могли скористатися здобутими навичками в домашньому та інших середовищах життєдіяльності дитини; консультувати і надавати рекомендації дитині з ЦП (якщо це доречно), її батькам/членам сім'ї та/або її законним представникам та іншим особам, які здійснюють догляд за дитиною, про що робити відповідні записи в медичній документації та ЕСОЗ.

11. Фахівцям із реабілітації у межах їхніх професійних обов'язків добирати, індивідуально налаштовувати і навчати користуванню допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) відповідно до потреб дитини з ЦП; за необхідності, здійснювати призначення ДЗР, про що робити відповідний запис в ІРП або, у разі надання послуг фахівцем з реабілітації самостійно, у програмі терапії.

12. ТММ забезпечити кваліфіковане і всебічне обстеження мови, мовлення та комунікації, використовуючи валідовані об'єктивні інструменти оцінювання; за необхідності залучити до процесу втручання комунікативних партнерів із безпосереднього оточення дитини (батьки, опікуни, педагоги, ровесники тощо); у разі потреби застосування засобів альтернативної та додаткової комунікації (АДК) ТММ добирати відповідний засіб та навчати ефективно користуватися ним дитину та осіб з її середовища.

13. У разі підозри на труднощі із вживанням їжі, питтям та ковтанням, наявності клінічних ознак (кашель, задуха, блювання, зміна дихання чи кольору шкіри під час прийому їжі/пиття, повторні інфекції грудної клітки, стрес

під час вживання їжі, подовження часу годування) у дитини з ЦП забезпечити скринінг, об'єктивне диференційоване оцінювання, клінічне обстеження для виявлення типу розладів ковтання. На основі виявлених результатів оцінювання визначити стратегію безпечного ковтання, сформувавши ціль і план терапії; подбати про фізичну та психологічну безпеку дитини під час процедур, пов'язаних із годуванням і терапією дисфагії, що передбачає, зокрема, використання відповідного обладнання, адаптацію середовища; ТММ здійснювати контроль за безпекою й ефективністю ковтання.

14. Фахівцям із реабілітації забезпечити своєчасне виявлення проблем, оцінювання та менеджмент опорно-рухового апарату нижніх кінцівок (панель 6), менеджмент станів, пов'язаних із ЦП (панель 7), а також дотримання рекомендацій щодо оцінювання потреб у догляді дітей із ЦП.

15. Фахівцям із реабілітації надавати пацієнтові та/або його законному представнику всю необхідну інформацію про стан його здоров'я та обмеження рівня функціонування.

16. Під час надання реабілітаційної допомоги оцінювати і забезпечувати потреби дітей із ЦП у психологічній та соціальній допомозі, які регулярно переглядати протягом усього процесу надання реабілітаційної допомоги разом з ІРП.

Бажані

17. Застосовувати як елемент втручання віртуальну і доповнену реальність, SMART-дошки чи спеціальні комп'ютерні програми для стимуляції активності, мотивації, а також тренування координації.

18. За наявності встановлених клінічних характеристик розладів ковтання і потреби інструментального дослідження провести інструментальне оцінювання ковтання (наприклад, відеофлюороскопію, ендоскопічне дослідження ковтання).

19. Регулярно оглядати дітей, які використовують АДК, для моніторингу прогресу та відповідності втручання потребам, що змінюються.

Індикатори якості реабілітаційної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (КМП) із ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями.

Цей індикатор відображає організаційний аспект запровадження сучасного КМП у регіоні. Якість реабілітаційної допомоги дітям із ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, відповідність надання реабілітаційної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному стандарту, ефективність втручання цей індикатор висвітлювати не може, але для аналізу зазначених аспектів необхідно обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

2. Відсоток дітей із ЦП, яким було проведено оцінювання з використанням функціональних класифікацій GMFCS E&R, CFCS, EDACS, MACS (MiniMACS), VFCS.

Індикатор оцінює повноту проведення оцінювання рівня функціонування дітей із ЦП із застосуванням функціональних класифікаційних систем GMFCS E&R, CFCS, EDACS, MACS (MiniMACS), VFCS.

3. Відсоток дітей із ЦП, яким було розроблено ІРП.

Індикатор оцінює системність, повноту та якість планування реабілітаційної допомоги для дітей із ЦП завдяки документальному підтвердженню наявності ІРП, розробленого відповідно до потреб дитини і з урахуванням мультидисциплінарного підходу. Реалізація і моніторинг виконання ІРП характеризують якість реабілітаційної допомоги.

Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 11 грудня 2025 р. № 1870
Дата перегляду стандарту: 2031 р.

Текст подано скорочено, його адаптовано й уніфіковано відповідно до стандартів Тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України».

Повний текст настанови за посиланням:
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/12/dn_1870_11122025_dod.pdf

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!



КНИГА «НОТАТКИ ФАХІВЦЯ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ»

РЕЙТИНГ ★★★★★



ЗАМОВИТИ КНИГУ
HEALTH-UA.COM/LANDING/BOOK

