Здоров'я України
Видавничий дім

Здоров'я нації – добробут держави

Здоров'я України

XXI сторіччя

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

www.health-ua.com

№ 4 (85) 2026 р.
12 750 примірників*
Передплатний індекс 37638

9786727235480

Педіатрія

Конгрес

Baby PPRIME 2026: перші дві тисячі днів життя як спільна відповідальність

Читайте на сторінці **4**

Українська академія педіатричних спеціальностей

Резолюція учасників VIII конгресу Української академії педіатричних спеціальностей PRIME Pediatrics

Читайте на сторінці **6**



Доктор медичних наук, професор
Марина Маменко

Йодний дефіцит у вагітних, жінок під час лактації та дітей раннього віку: тиреоїдний гормоногенез й індивідуальна профілактика

Читайте на сторінці **9**



Доктор філософії
Марія Кривопустова

Алергічний риніт: роль ектоїну в цитопротекції назального епітелію

Читайте на сторінці **10**

Уніфікований клінічний протокол

Лікувальна гіпотермія новонароджених із гіпоксично-ішемічною енцефалопатією

Читайте на сторінці **22**



9 786177 233274

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

* Загальний наклад із 10.05.2022

Тематичний номер

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

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України

Г.М. Бутенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач лабораторії патофізіології та імунології ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова»

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, керівник відділу захворювань суглобів у дорослих 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, директор Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України

Д.Д. Іванов, д. мед. н., професор, кафедра 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, академік 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, відділ клінічної ендокринології ДНП «Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України»

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. Пасєчнікова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, радник при дирекції ДУ «Іінститут 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, радник при дирекції Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України

Ю.І. Фещенко, 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, гепатології та дієтології 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, академік НАН України, почесний ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ 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

Редакція .....a.khyts@health-ua.com
Відділ маркетингу ....chaplyzhenko@health-ua.com
Відділ передплати та розповсюдження .....podpiska@health-ua.com

Газету надруковано: ТОВ «ВЕЛЬТ КОМПАНІ» вул. Петра Калнишевського, буд. 7, м. Київ, 04159
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3693 від 02.02.2010 р.

Підписано до друку: жовтень 2026 р.
Замовлення № 2601123.

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, симпозіумах з медичної тематики.

Правовий режим інформації, викладеної в цьому виданні або наданої 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.

АНОНС



Науково-практичний семінар у режимі онлайн-конференції

Фахова школа з дитячої пульмонології та алергології: сучасні питання і майстеркласи

Складний пацієнт у практиці педіатра, пульмонолога й алерголога. Респіраторна медицина на перехресті спеціальностей

Дата проведення: 30.11.2026

Докладніше на сайті заходу: https://ucpa.org.ua/24-11-2026/

АНОНС



Детальна інформація на сайті:
https://oncohub-uptodate.com/congress

ЗМІСТ

ПЕДІАТРІЯ

Baby PPRIME 2026: перші дві тисячі днів життя як спільна відповідальність

М.Є. Маменко, І.Ю. Кондратова, Є.М. Павленко та ін. 4-5

Резолюція учасників VIII конгресу Української академії педіатричних спеціальностей PRIME Pediatrics

4-6 червня 2026 року, м. Львів 6-8

Раціональний вибір антибіотика при респіраторних, сечових і кишкових інфекціях у дітей

За матеріалами XXVIII Сідельниковських читань

С.П. Кривопустов, Г.В. Зайченко, Т.О. Крючко та ін. 12-13

Материнська вакцина, нірсевімаб чи обидва засоби разом: проміжний аналіз рандомізованого дослідження 15

Особливості формування імунної відповіді при застосуванні цільноклітинних бактеріальних препаратів і лізатів бактерій 17

Стрес-асоційовані розлади в дітей в умовах війни: тики, заїкання, енурез 19

Аброцитиніб при середньотяжкому і тяжкому атопічному дерматиті в підлітків і дорослих: результати дослідження JADE EXTEND 21

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Йодний дефіцит у вагітних, жінок під час лактації та дітей раннього віку: тиреоїдний гормоногенез й індивідуальна профілактика

М.Є. Маменко. 9

Алергічний риніт: роль ектоїну в цитопротекції назального епітелію

М.В. Кривопустова 10-11

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Опитування пацієнтів НДСЛ «Охматдит» щодо якості медичних послуг і покращення сервісу 14

НЕОНАТОЛОГІЯ

Лікувальна гіпотермія новонароджених із гіпоксично-ішемічною енцефалопатією

Уніфікований клінічний протокол спеціалізованої медичної допомоги 22-27

АКТУАЛЬНО

Сирі молочні продукти: AAP попереджає про інфекційні ризики для дітей і вагітних

Американська академія педіатрії (AAP) оновила рекомендації щодо споживання непастеризованого молока і молочних продуктів. Організація знову закликає обмежити їх продаж через ризик тяжких харчових інфекцій, особливо серед дітей, вагітних, немовлят і людей з ослабленим імунітетом. Останні дані не підтверджують поширеного уявлення, що сире молоко має істотні переваги для здоров'я порівняно із пастеризованим.

Непастеризоване молоко може бути джерелом *Listeria monocytogenes, Salmonella, Campylobacter, Brucella* й особливо небезпечних штамів *Escherichia coli*, що продукують шигатоксин. У США протягом 2013-2018 рр. зі споживанням сирого молока були пов'язані 75 спалахів харчових інфекцій, 675 випадків захворювання, 98 госпіталізацій і дві смерті. Майже половині хворих ще не виповнилося 20 років, а 14% пацієнтів становили діти віком до п'яти років. Серед ускладнень зафіксовано гемолітико-уремічний синдром, а також синдром Гієна – Барре.

Ця проблема має особливе значення для акушерської та педіатричної практики. За даними AAP, захворюваність на лістеріоз під час вагітності у 12-14 разів вища, ніж у загальній популяції. Інфекція може спричинити спонтанне переривання вагітності або мертвонародження, передчасні пологи і тяжку неонатальну інфекцію. Діти молодшого віку також мають вищий ризик тяжких наслідків кишкових інфекцій, зокрема гемолітико-уремічного синдрому у разі інфікування *E. coli* O157.

До нових аспектів оновлених рекомендацій належить ризик високопатогенного грипу птиці A(H5N1). Вірус здатний передаватися від інфікованої великої рогатої худоби в молоко. Він може накопичуватися у високій концентрації та зберігатися в охолодженому непастеризованому молоці до п'яти тижнів. Під час спалаху H5N1 серед молочної худоби у США у 2024 р. інфекційний вірус виявили майже у чверті зразків сирого молока в уражених регіонах. Підтверджених випадків зараження людини через споживання такого молока поки немає, однак AAP розглядає цей шлях як реальну потенційну загрозу.

Як зазначив доктор медицини, магістр громадського здоров'я, провідний автор рекомендацій Адам Дж. Ратнер, майже половина захворювань, пов'язаних зі споживанням сирих молочних продуктів, припадає на людей молодших за 20 років, причому значна частина випадків – на дітей до п'яти років. Він вважає, що пастеризація суттєво знижує ризик інфекцій, не позбавляючи молока поживної цінності.

Для клінічної практики AAP рекомендує однозначно радити дітям і вагітним лише пастеризоване молоко і молочні продукти. Пастеризація ефективно інактивує основні бактеріальні патогени, а також H5N1, тоді як переконливих доказів істотної харчової переваги сирого молока немає. Поширений аргумент про «натуральність» не компенсує інфекційного ризику, а консультування сімей щодо вибору пастеризованих продуктів залишається простим і доказовим заходом профілактики.

Джерело: https://publications.aap.org/pediatrics/article/doi/10.1542/peds.2026-079036/210736/Consumption-of-Unpasteurized-Raw-Milk-and-Milk?autologincheck=redirected

Співвідношення талії та зросту як інструмент раннього виявлення MASLD у дітей

Метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки (MASLD) стала найпоширенішим хронічним захворюванням печінки серед дітей і підлітків, що відображає глобальне зростання поширеності ожиріння. Патологія може прогресувати до запалення, фіброзу та інших довгострокових ускладнень, однак значна частина пацієнтів залишається невиявленою на ранніх етапах. У дослідженні, опублікованому у World Journal of Pediatrics, оцінювали, чи можна за допомоги простого антропометричного вимірювання визначати дітей із підвищеним ризиком MASLD незалежно від етнічного походження і генетичних особливостей.

Міжнародна команда фахівців під керівництвом науковців Пекінського університету (Китай) проаналізувала дані китайських школярів і учасників американського Національного дослідження здоров'я і харчування (NHANES). Основну увагу вона приділила співвідношенню окружності талії до зросту (waist-to-height ratio – WHtR), яке розраховують, поділивши окружність талії на зріст. На відміну від складних метаболічних індексів, цей показник не потребує лабораторних досліджень, його можна застосовувати у закладах первинної медичної допомоги, школах і у програмах громадського здоров'я.

Результати засвідчили, що генетична схильність до MASLD лише незначно впливала на оптимальні порогові значення антропометричних показників. WHtR залишалося відносно стабільним у різних генетичних групах, і порогове значення WHtR ≥ 0,48 демонструвало належну ефективність для більшості етнічних груп.

Додавання генетичних показників ризику майже не покращувало результатів скринінгу. Автори аналізу зазначили: «Нашою метою було знайти інструмент, дієвий для всіх, а не лише для людей, які мають доступ до сучасних лабораторій». На їхню думку, стабільність WHtR у різних генетичних середовищах свідчить, що генетичне тестування не обов'язково залучати до первинного оцінювання ризику.

Підвищене значення співвідношення окружності талії до зросту має стати підставою для подальшого клінічного обстеження, оцінювання метаболічних факторів ризику і, за показаннями, візуалізації печінки або лабораторної діагностики. Використання єдиного простого показника може сприяти ранньому виявленню MASLD, особливо в регіонах, де генетичне профілювання недоступне.

Джерело: https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-026-01084-9

Baby PPRIME 2026: перші дві тисячі днів життя як спільна відповідальність

Українська академія педіатричних спеціальностей (УАПС) започаткувала конгрес Baby PPRIME як окремий майданчик для обговорення розвитку і здоров'я дітей раннього віку. Він відбувся 18-19 вересня 2026 р. і мав насичену програму, що складалася із 17 тематичних сесій, а також майстеркласів. Перинатальна і неонатальна тематика поєднувалася з питаннями первинної педіатричної ланки. Рішення про онлайн-формат проведення організатори ухвалили з огляду на безпеку.

Відкриття конгресу



Із вітальним словом до учасників заходу звернулася **доктор медичних наук, професор факультету охорони здоров'я, соціальної роботи і психології Національного університету «Києво-Могилянська академія», голова правління громадської спілки УАПС Марина Євгенівна Маменко**. Перші 2000 днів життя, що за однією із класифікацій визначають як ранній вік, є найбільш пластичним періодом, щоб піддавати корекції своєчасно виявлену проблему. Ідея проведення окремого конгресу виникла завдяки PRIME Pediatrics, де щороку збільшувалася кількість секцій, присвячених неонатології, перинатології, виходжуванню і вигодовуванню. Його структуру збережено, проте програма Baby PRIME зосереджена на проблемах дитини раннього віку, здорової і хворої, доношеної і народженої передчасно.



На значенні перинатальної проблематики для держави наголосила **доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, заслужений діяч науки і техніки України Єлизавета Євгеніївна Шунько**. Здоров'я і розвиток новонародженої дитини мають загальнодержавне значення, а нинішня демографічна ситуація в Україні покладає на фахівців особливу відповідальність.



Мету створення фахового товариства неонатальної та перинатальної медицини і його завдання окреслила **кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії, неонатології, дитячих інфекційних хвороб, імунології та алергології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, педіатр-неонатолог, голова громадської організації «Українське товариство неонатальної та перинатальної медицини» Олена Олександрівна Костюк**. Засноване три роки тому, товариство об'єднує лікарів різних спеціальностей, зокрема акушерів-гінекологів і перинатологів, оскільки здоров'я дитини закладається ще до її народження. Саме тому перинатальній медицині відведено одну з перших секцій конгресу.



Позицію батьківської спільноти представила **голова і співзасновниця громадської організації «Ранні пташки» Олександра Валеріївна Балясна**. Вона подякувала медичним командам, які щодня опікуються передчасно народженими дітьми та їхніми родинами. До спільних проєктів УАПС і «Ранніх пташок» належить ініціатива «Обігрій маленьку пташечку» (реалізація зі швейцарськими партнерами постачання столиків для обігріву до прифронтових лікарень), а також грантове навчання українських лікарів і медичних сестер у Франції.



Результати міжнародної гуманітарної співпраці висвітлила **професор кафедри фундаментальної медицини Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, гінеколог-онколог Відділу пухлин репродуктивної системи комунального некомерційного підприємства «Черкаський обласний онкологічний диспансер Черкаської обласної ради» Ольга Володимирівна Палійчук**. «Ротарі в Україні» (дистрикт 2232 «Ротарі Інтернешнл») і УАПС, яка об'єднує 19 громадських організацій, уклали меморандум про співпрацю. За неповні п'ять років повномасштабної війни ротарійська спільнота спрямувала на напрями здоров'я матері та дитини і профілактики хвороб в Україні понад 5 млн доларів США. У межах поточного глобального гранту обсягом 134 тисячі доларів 28 лікарень Львівської, Київської, Чернігівської та Черкаської областей мають отримати 30 ультразвукових датчиків, а 60 лікарів проходять відповідне навчання.



Від імені японських партнерів учасників конгресу привітав **губернатор дистрикту 2520 «Ротарі Інтернешнл» 2025-2026 рр. (префектури Івате і Міягі, Японія) Такехіко Като**. В межах глобального гранту, який підтримали 69 клубів цього дистрикту, медичні заклади України отримають портативні апарати для ультразвукового дослідження в місці надання допомоги (point-of-care ultrasound, POCUS), а персонал пройде навчання. «Ви не самі. Ми не забули про вас», – запевнив Такехіто Като українських лікарів.

Регіоналізація перинатальної допомоги



Аналіз показників перинатальної допомоги за даними Електронної системи охорони здоров'я, на які спирається стратегічний закупівельник медичних послуг, представила **кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії № 1 Харківського національного медичного університету, радниця голови Національної служби здоров'я України Ірина Юріївна Кондратова**.

Частка надавачів послуги «Ведення вагітності» без пакета «Пологи» зросла із 40% у 2021 р. до 62% у 2025-му. Проте понад 70% вагітних стабільно перебуває на обліку в закладах з обома пакетами, де працює модель спільного догляду від жіночої консультації до післяпологового супроводу. У 2025 р. на обліку перебували 219 783 вагітні, а в 2022-му їх було 311 359. Принаймні одну госпіталізацію під час вагітності мали 76 642 жінки (34,9%). Із них до групи перинатального ризику належали лише 10,7%, а 64,3% госпіталізацій відбулося в тому самому закладі, де і нагляд за вагітністю.

За 13 років чисельність живонароджених зменшилася більш ніж утричі, з 513 999 у 2012 р. до 163 847 у 2025-му. Кількість закладів із пакетом «Пологи» за п'ять років скоротилася із 400 до 256. Неонатального пакета немає у 75% пологових закладів, і на них два роки поспіль припадає 39% пологів. Здебільшого це малопотужні заклади, де приймають менш ніж 300 пологів на рік. У 2026 р. народжень очікують ще як мінімум на 8 тис. менше, тож до 2027 р. частка малопотужних закладів без неонатального пакета може становити до 70%.

Основним критерієм ефективності регіоналізації є місце народження передчасно народжених дітей. Пологи на 22-33 тижні мають у 90% випадків відбуватися в закладах III рівня. Фактично цей показник становить 64,4%, а 16% таких дітей народжуються в закладах без неонатального пакета. Із тяжкою прееклампсією і цукровим діабетом ситуація подібна: до закладів III рівня потрапляє лише 50,5 і 55,8% таких жінок. Відмінності зберігаються і під час післяпологового періоду. Протягом 42 днів після виписки повторно госпіталізують 7,4% породіль, які стали на облік у закладах без пакета «Пологи», і 2,6% пацієнток закладів III рівня.

Частка новонароджених із складними захворюваннями у 2021 р. становила 14%, у 2025-му – вже 20,7%. Для порівняння, у Франції цей показник дорівнює 4,8%, у Канаді – 7,3%. Тому запропоновано враховувати захворюваність новонароджених під час селективного контрактування, по-різному для закладів із неонатальним пакетом і без нього. Показовими є й дані щодо переведень новонароджених. У закладах із комплексною послугою частка переведених хворих дітей зменшилася із 6,9 до 3%, а в пологових без неонатального пакета зросла із 12,5 до 18,6%. В Італії цей показник становить 1,5%. Золотим стандартом у світі вважають транспортування *in utero*.

Окремо проаналізовано 1115 випадків синдрому дихального розладу. Найгірші результати мали діти без жодної респіраторної підтримки: летальність 6,7%, переведення 34,1%. Народжувалися вони переважно в закладах без неонатального пакета. Лікувальну гіпотермію у разі гіпоксично-ішемічної енцефалопатії III ступеня отримав лише 21% із 89 доношених новонароджених. У 2025 р. у перші 168 годин життя померли 457 немовлят. Із них 23,7% народилися поза закладами III рівня і не були переведені, 42% померли в першу добу життя або в першу добу після переведення. У 54% померлих доношених дітей діагностовано тяжку асфіксію чи пологову травму, тобто стани, яким можна запобігти в пологовій залі. Закупівельнику запропоновано п'ять показників: частка передчасних пологів і пологів високого ризику поза III рівнем, звернення та госпіталізації породіль упродовж 42 днів, захворюваність новонароджених у закладах нижчого рівня і рання неонатальна смертність дітей, яких не перевели на вищий рівень.

Скринінг дефіциту заліза в ранньому віці



Обмеження скринінгу дефіциту заліза, що ґрунтується лише на визначенні рівня гемоглобіну, і можливу модель раннього виявлення залізодефіцитних станів у дітей розглянув **онкогематолог дитячий, педіатр Єгор Павленко**.

Як приклад він навів клінічну ситуацію: дитина віком 12 місяців без скарг, із нормальним фізичним розвитком і рівнем гемоглобіну 112 г/л, що формально відповідає нормі. Проте рівень феритину становить 8 нг/мл: анемії ще немає, а запаси заліза вже вичерпані. Феритин знижується раніше за гемоглобін. Спочатку виснажуються запаси, потім розвивається залізообмежений еритропоез із зниженням середнього об'єму еритроцита (MCV) і середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (MCH), і аж тоді з'являється анемія. Ранній дефіцит заліза пов'язують із несприятливими нейрокогнітивними наслідками навіть без анемії. Втім, асоціація ще не доводить причинно-наслідкового зв'язку, і тому міжнародні організації по-різному ставляться до рутинного скринінгу.

В Україні наказ МОЗ № 149 від 20.03.2008 передбачав для здорової дитини у дев'ять місяців тільки визначення гемоглобіну. З 1 вересня 2021 р. цей наказ утратив чинність, а нового національного стандарту немає. На практиці лікарі або обмежуються загальним аналізом крові (ЗАК), або призначають розширену панель, а частина дітей не проходить жодного обстеження. ЗАК не показує

запасів заліза. Сироваткове залізо не є самостійним скринінговим тестом. Вітамін B12, фолати, трансферин, гепсидин чи електрофорез гемоглобіну потрібні лише у разі клінічних показань.

Американська академія педіатрії (AAP) у 2026 р. рекомендувала ЗАК і феритин у 9-12 місяців дітям на переважно грудному вигодовуванні, а у 15-18 місяців – тим, хто перейшов із залізозбагаченої суміші на коров'яче чи рослинне молоко. Для України запропоновано модель із чотирьох рівнів. На першому під час кожного профілактичного огляду оцінюють перинатальні чинники, харчування, темпи росту. Другий передбачає лабораторний скринінг у 9-18 місяців, тобто ЗАК з еритроцитарними індексами і феритин, коли немає ознак гострої інфекції. Повторне обстеження потрібне не всім, а лише дітям із групи ризику. Останній рівень стосується маршрутизації. Низький феритин за умови нормального гемоглобіну означає дефіцит заліза без анемії. Мікроцитарна анемія з низьким феритином, найімовірніше, є залізодефіцитною, і контрольний аналіз роблять через чотири тижні лікування. У разі анемії із нормальним або високим феритином потрібен ширший пошук причин. Якщо ж дитина бліда, відстає у рості, має розлад харчової поведінеи (піка), геморагічні прояви, лімфаденопатію чи гепатоспленомегалію, їй потрібен уже не скринінг, а повноцінне діагностичне обстеження.

Візинг чи оральна крепітація: як не помилитися



Клінічне значення дистанційних дихальних шумів і диференційна діагностика свистячого дихання в дітей раннього віку стали предметом спільної доповіді **кандидата медичних наук, педіатра, дитячого пульмонолога, лікаря загальної практики – сімейної медицини, медичного директора МЦ «Інномед-педіатрія» (Вінниця) Олександра Васильовича Катілова** і **доктора медичних наук, завідувача відділення дитячої пульмонології та алергології Державної установи «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» (Київ) Олени Олександрівни Речкіної**.



Принципово розмежовувати терміни. Сухі свистячі хрипи (wheezes) лікар чує під час аускультації. Свистяче дихання (wheezing) чутно на відстані, як і стридор, оральну крепітацію (rattle) або хропіння, і одне не обов'язково супроводжує інше. Свистячі хрипи й оральна крепітація найчастіше формуються в перших п'яти-семи генераціях дихальних шляхів. Ураження альвеол і респіраторних бронхіол дає локальні вологі дрібнопухирцеві хрипи, яких на відстані не чутно.

Тому необхідно об'єктивно підтвердити сам факт візингу. Варто описувати власні спостереження, а не покладатися на висновки батьків. Їм доцільно рекомендувати відео- та аудіофіксацію епізодів. Це офіційна рекомендація Глобальної ініціативи з бронхіальної астми (GINA). За даними G. Michel і співавторів, 44% батьків плутають візинг з оральною крепітацією, 15-18% – із кашлем, 17% – зі стридором.

Обструкцію спричиняє набряк слизової, бронхоспазм, гіперсекреція слизу, стороннє тіло чи здавлення ззовні. Поліфонічний візинг типовий для набряку і бронхоспазму, монофонічний наводить на думку про стороннє тіло або компресію. Про бронхообструкцію свідчить поєднання візингу або оральної крепітації з експіраторним диспное. М'язи плечового пояса в диханні помітно не беруть участі, зате активно працюють м'язи живота. Якщо переважно утруднений вдих, а батьки називають це «візингом», найімовірніше, йдеться про стридор з оральною крепітацією.

Перший епізод бронхообструкції в дитини до року розцінюють як гострий бронхіоліт. Після трьох і більше епізодів – це вже рецидивний вірусіндукований, або дошкільний, візинг. Візинг може мати і нереспіраторне походження. Він трапляється при аспірації на тлі гастроезофагеального рефлюксу чи порушення ковтання, вроджених вадах серця, судинних аномаліях середостіння, нервово-м'язових захворюваннях, імунодефіцитах, сторонньому тілі. Якщо свистяче дихання від народження, має персистувальний характер, пов'язане з годуванням або не реагує на бронхолітики короткої дії та інгаляційні кортикостероїди, діагноз треба переглянути.

Введення BLW – це не лише про їжу



Вплив самостійного споживання їжі на формування харчових навичок дитини проаналізувала **педіатр клініки «Лама Лу», консультантка із грудного вигодовування, спеціалістка з підходу SOFFI Ірина Олександрівна Діденко**. Вік є лише орієнтиром для початку прикорму, тоді як готовність до нього визначає рівень розвитку: дитина має сидіти з мінімальною підтримкою, впевнено тримати голову, тягнутися до предмета й підносити його до рота, цікавитися тим, що їдять дорослі. Знайомство з їжею не обмежується її споживанням. Спочатку дитина її розглядає, нюхає, торкається і тільки потім куштує. Нагодувати її можна, однак навчитися замість неї відчувати текстуру їжі, координувати руку й рот, жувати, розпізнавати насичення чи брати шматочок пінцетним захватом неможливо. Самостійне споживання їжі дає сенсорний досвід і розвиває оральну моторику, впевненість і самостійність.

Водночас саме самостійне введення прикорму (baby-led weaning, BLW) асоціюється з найвищим рівнем тривожності матерів за шкалою GAD-7 (у середньому 15,34 ± 1,73 бала), основним чинником якої є страх удушення. До потенційних ризиків належить недостатнє надходження енергії та заліза, а також поперхування через невідповідну форму чи твердість шматочків. Дітям із труднощами ковтання, оральної моторики або постурального контролю текстуру добирають індивідуально, орієнтуючись на шкалу Міжнародної ініціативи зі стандартизації дієт при дисфагії (IDDSI). Йдеться не про «правильний BLW-шматочок», а безпечний досвід споживання їжі у дитини.

Рандомізовані дослідження і систематичний огляд статистично значущої різниці щодо частоти удушення (choking) не виявили, якщо батьки дотримувалися правил безпеки. Блювотний рефлекс (gagging) є нормальним захисним механізмом і з удушенням не тотожний. Форма їжі залежить від навички. Для долонного захвату рекомендовано довгі м'які брусочки (авокадо, варена морква). Із появою точнішого захвату пропонують м'які кубики, пінцетного – шматочки розміром з горошину, а згодом страви із сімейного столу. «Чистий» BLW практикують лише 2-29% родин, які вважають себе його прихильниками. Решта поєднує підходи. BLW не гарантує відсутності харчової вибірковості, дефіциту заліза чи інших ризиків, тому протиставляти його годуванню з ложки недоцільно. Спосіб годування підбирають для кожної дитини індивідуально.

Неонатальний скринінг без ілюзій



Історію, сучасний стан і перспективи розвитку неонатального скринінгу в Україні, а також типові помилки на етапах забору зразків і маршрутизації висвітлила **завідувач Центру орфанних захворювань Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» (Київ) Наталя В'ячеславівна Самоненко**.

Скринінг спрямований на виявлення хвороби, яка вже розвинулася, але ще не дала симптомів. Саме тоді лікування найефективніше. Цей метод виник у 1958-1961 рр., коли Роберт Гатрі (Robert Guthrie) запропонував простий і недорогий тест на фенілаланін у крові новонародженого. Тандемна мас-спектрометрія (MS/MS) дала змогу виявляти до 60 захворювань, геномний скринінг охоплює 200-500 і більше. А орфанних препаратів з'являється значно більше, ніж нових позицій у скринінгових програмах.

Український скринінг довго обмежувався фенілкетонурією і вродженим гіпотиреозом (із 2005 р.). У 2012-му до них додали муковісцидоз і адреногенітальний синдром. Розширену програму на 21 захворювання МОЗ затвердило 2021 р. і планувало запустити в червні 2022-го. Цьому завадило повномасштабне вторгнення. У північних і західних областях програма запрацювала в жовтні 2022 р., у південних і східних – лише у квітні 2023-го. Зараз скринінг безоплатно доступний по всій країні. Зразки досліджують методами імуноферментного аналізу, рідинної хроматографії з тандемною мас-спектрометрією і полімеразної ланцюгової реакції в чотирьох регіональних і одному експертному центрі. Працює експрес-доставка і мережа координаторів. На тлі європейських країн показники цілком порівнянні: близько 175 тисяч народжень на рік, перші результати за один-три дні, охоплення 98-99%.

Якість результату значною мірою залежить від техніки забору крові. Бланк слід заповнити повністю. Забір роблять на третю добу життя, через 2,5-3 години після годування одним проколом медіальної чи латеральної частини п'ятки. Краплю наносять у центр фільтр-паперу і сушать дві-три години в сухому місці, подалі від сонця й батареї. До недоліків системи зараховують недостатню поінформованість батьків, брак навичок забору у персоналу; після позитивного результату він не завжди знає, що робити; підтвердження діагнозу із запізненням. Тому для команди визначено три правила: 1) точне формулювання – у виписці зазначати «неонатальний скринінг», а не «тест на фенілкетонурію»; 2) не зволікати із забором (у дитини в критичному стані зразок беруть у першу добу, обов'язково до переливання крові, парентерального харчування чи операції); 3) пам'ятати про межі методу. До жовтня 2022 р. перевіряли одне-п'ять захворювань, тепер 21, але негативний результат діагнозу не скасовує.

Як перемогти нозокоміальний сепсис без шкоди для резистентності

Епідеміологію нозокоміального сепсису в неонатальних стаціонарах України, проблему антибіотикорезистентності та принципи раціональної антибактеріальної терапії розглянула **Олена Олександрівна Костюк**.

У світі інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПНМД), розвиваються у 7-15% пацієнтів відділень інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН). В Україні немає системного національного спостереження за ними у ВІТН. Офіційно у 2018-2019 рр. зареєстровано 0,035-0,04% випадків. Поширеність ІПНМД на момент дослідження (point prevalence survey, PPS) у п'яти закладах продемонстрували значно вищі показники: 5,7% у 2021 р. і 12,6% у 2024-му. Як певну тенденцію їх, однак, трактувати не можна. Коректним є порівняння лише стандартизованих показників: інфекції кровотоку на 1000 центральних катетероднів, вентилятор-асоційовану пневмонію (ВАП) на 1000 днів штучної вентиляції легень (ШВЛ), пізній неонатальний сепсис на 1000 пацієнтоднів.

У національному PPS 2025 р. збудника вдалося ідентифікувати в 72,2% із 255 пацієнтів з ІПНМД. Найчастіше висівали *Klebsiella pneumoniae* (18,5%), *Staphylococcus aureus* (14,7%), *Acinetobacter baumannii* (13,6%) і *Pseudomonas aeruginosa* (13,0%). Серед збудників інфекцій кровотоку на *K. pneumoniae* припадає 40%. Дані щодо резистентності тривожні. *Klebsiella spp.* стійка до цефалоспоринів III покоління в 79,3% випадків і до карбапенемів у 63,0%, *A. baumannii* – до карбапенемів у 75,0%. Метицилінрезистентний золотистий стафілокок (MRSA) становить 43,8%. У мультицентровому дослідженні мультирезистентними грамнегативними бактеріями виявилися 85,1% ізолятів, а летальність серед пацієнтів із ІПНМД сягнула 12,6%.

До групи найвищого ризику належать передчасно народжені діти, пацієнти із центральними катетерами, на ШВЛ і ті, хто вже отримував антибіотики. Але ризик сам по собі не є показанням до антибіотика. Він визначає, наскільки ретельно треба обстежувати дитину й дотримуватися профілактики. Жоден симптом чи маркер разом із інтерлейкіном-6 сепсис ізольовано не доводить. Кров на посів беруть до першої дози, якщо це не затримує лікування септичного шоку. Емпіричну схему обирають за локальною антибіотикограмою, через 48-72 години переглядають, а далі звужують або скасовують. Кожен день терапії має бути обґрунтованим. Профілактика передбачає гігієну рук і асептику, пакети заходів для центральних ліній і контроль використання антибіотиків. Цефазолін зазвичай вводять за 30-60 хвилин до розрізу, і для більшості чистих втручань вистачає однієї дози. Основним завданням для українських ВІТН визначено перехід від реєстрації випадків до керування ризиком.

***

Проведення Baby PRIME 2026 обумовлено однією з найгостріших потреб української педіатрії, а саме запитом щодо системного погляду на перші 2000 днів життя. В умовах війни і стрімкого зниження народжуваності кожна дитина має особливе значення для країни. Тому якість перинатальної допомоги, своєчасне виявлення захворювань і безперервність спостереження стають пріоритетом не лише медицини, а й держави.

Дитина раннього віку потребує уваги лікарів різних спеціальностей, організаторів охорони здоров'я, батьківських спільнот і міжнародних партнерів. Програма, практична спрямованість доповідей і зважений, доказовий підхід до дискусійних питань засвідчили значення Baby PRIME як важливої платформи для професійного діалогу. Цей захід має всі підстави стати щорічною подією в календарі педіатричної спільноти.

Підготувала ***Юлія Коваль***

Резолюція учасників VIII конгресу Української академії педіатричних спеціальностей PRIME Pediatrics

4-6 червня 2026 року, м. Львів

Кожна держава пов'язує своє майбутнє з дітьми. Саме вони визначають людський потенціал країни, її демографічну стійкість, економічний розвиток, науковий прогрес і соціальну згуртованість. Турбота про здоров'я дітей – не лише важливий напрям державної політики у сфері охорони здоров'я, а й стратегічна інвестиція у майбутнє нації. Для України це твердження сьогодні набуває особливого значення.

Повномасштабна війна стала найбільшим випробуванням для українського суспільства за весь період незалежності. Вона призвела до значних людських втрат, масштабних руйнувань інфраструктури, вимушеної міграції мільйонів громадян, поглиблення демографічної кризи і безпрецедентного навантаження на систему охорони здоров'я. Водночас саме сьогодні створюються передумови майбутнього післявоєнного відновлення держави. Українські військовослужбовці захищають її право на свободу, незалежність і власне майбутнє. А медична спільнота відповідальна за збереження здоров'я тих, заради кого ведеться ця боротьба, – дітей України. Саме вони стануть поколінням, яке відбудовуватиме країну, розвиватиме її економіку, науку, освіту, культуру.

Питання охорони здоров'я дітей виходять далеко за межі суто медичної проблематики, бо вони стосуються національної безпеки, людського капіталу і непохитної стійкості держави.

Триває період глибокої трансформації сучасної педіатрії. Змінюються підходи до профілактики, ранньої діагностики, лікування і реабілітації дітей. У центрі уваги – ранній розвиток дитини, імунопрофілактика, профілактика неінфекційних захворювань, психічне здоров'я, паліативна допомога, міждисциплінарна взаємодія і забезпечення безперервності медичної допомоги протягом усього дитячого віку.

Водночас Україна впевнено рухається шляхом європейської інтеграції. Це означає не лише гармонізацію законодавства, а й поступове впровадження сучасних моделей організації медичної допомоги, заснованих на принципах доказової медицини, орієнтованості на пацієнта, міжпрофесійної співпраці та безперервного професійного розвитку медичних працівників. Невіддільним складником цього процесу є розвиток професійних медичних асоціацій і їхня повноцінна участь у роботі міжнародних професійних організацій.

У цих умовах особливого значення набуває консолідація професійної спільноти щодо стратегічного бачення розвитку охорони здоров'я дітей. І саме PRIME Pediatrics став найбільшим в Україні професійним майданчиком для такого діалогу.

Про конгрес

Українська академія педіатричних спеціальностей (УАПС) 4-6 червня провела VIII конгрес PRIME Pediatrics 2026 у гібридному форматі: очна участь у Львові та дистанційна онлайн. Уже сьомий рік поспіль це наймасштабніший науково-освітній захід у сфері медицини дитинства в Україні.

Цього року в ньому взяли участь близько двох тисяч лікарів різних спеціальностей, науковців, викладачів закладів вищої освіти (ЗВО), організаторів охорони здоров'я, представників професійних медичних асоціацій і керівників медичних закладів з усіх регіонів України. Програма конгресу базується на міжнародних рекомендаціях і принципах доказової медицини. Вона налічувала 26 секцій і 16 майстеркласів за участі 14 іноземних спікерів і 187 українських експертів.

Захід відбувся за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Представництва ВООЗ в Україні, Європейської академії педіатрії і Європейської конфедерації первинної педіатричної допомоги.

У роботі конгресу взяв участь міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко: він мав зустріч із професійною спільнотою, де обговорив актуальні проблеми розвитку охорони здоров'я дітей і відповів на запитання.

Програма конгресу охопила практично всі головні напрями сучасної педіатрії: первинну медичну допомогу, імунопрофілактику, неонатологію, дитячу гастроентерологію, пульмонологію, алергологію, кардіологію, ревматологію, нефрологію, гематологію, імунологію, інтенсивну терапію, паліативну допомогу, психічне здоров'я, катамнестичне спостереження за дітьми груп ризику, рідкісні захворювання, трансплантологію і медичну освіту.

Учасники конгресу погодилися, що сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я дітей має ґрунтуватися на пріоритетності профілактики, доступності якісної медичної допомоги, розвитку високоспеціалізованої педіатричної служби, міждисциплінарній взаємодії, підтримці сім'ї та забезпеченні рівних можливостей для кожної дитини.

Підсумовуючи результати роботи конгресу, УАПС наголошує, що право кожної дитини на життя, охорону здоров'я і найвищий досяжний рівень здоров'я є фундаментальним правом людини, а його реалізація має бути обов'язковим складником державної політики відновлення України.

Засадничі принципи

На думку професійної спільноти, подальший розвиток педіатричної допомоги має ґрунтуватися на таких засадах.

1. Інтереси дитини становлять пріоритет для будь-якого управлінського, організаційного чи клінічного рішення. Доступність, якість і безпечність медичної допомоги мають задовольняти потреби дитини та її родини.
2. Профілактична спрямованість системи охорони здоров'я: орієнтованість державної політики насамперед на збереження здоров'я. Інвестиції у профілактику, імунізацію, ранню діагностику, здоровий спосіб життя і своєчасне виявлення факторів ризику забезпечують найвищу медичну, соціальну й економічну ефективність.
3. Рівний доступ до якісної медичної допомоги: кожна дитина в Україні незалежно від місця проживання, соціального статусу, наявності інвалідності чи інших обставин має отримувати сучасну медичну допомогу відповідно до єдиних стандартів якості. Особливої уваги потребують діти з громад, що постраждали від бойових дій; які належать до внутрішньо переміщених осіб; мають хронічні захворювання і потребують тривалого мультидисциплінарного супроводу.
4. Доказова медицина як основа клінічних рішень: нормативні документи, клінічні настанови, стандарти медичної допомоги й освітні програми мають ґрунтуватися на сучасних наукових доказах, рекомендаціях авторитетних професійних товариств і найкращих світових практиках з урахуванням українського контексту.
5. Безперервність медичної допомоги: система охорони здоров'я має забезпечувати безперервний супровід дитини від народження до повноліття із належною наступністю між рівнями допомоги, спеціальностями, медичними й соціальними службами.
6. Міждисциплінарна співпраця: сучасна педіатрія з огляду на її складність потребує ефективної взаємодії лікарів різних спеціальностей, медичних сестер, психологів, фахівців із реабілітації, раннього втручання, логопедів, працівників соціальної сфери й освіти. Лише інтегрований підхід дає змогу забезпечити комплексну допомогу дитині та її сім'ї.
7. Професійний розвиток медичних працівників: якість медичної допомоги безпосередньо залежить від професійної підготовки кадрів. Безперервний професійний розвиток, сучасна післядипломна освіта, конкурентне середовище між провайдерами, індивідуальна освітня траєкторія, клінічне наставництво й нові освітні технології мають становити пріоритети державної політики.
8. Партнерство держави і професійної спільноти: розвиток охорони здоров'я дітей потребує постійного діалогу між МОЗ України, Національною службою здоров'я України (НСЗУ), ЗВО, професійними медичними асоціаціями, пацієнтськими організаціями і міжнародними партнерами. УАПС готова надавати експертну підтримку щодо розроблення нормативних документів, клінічних рекомендацій, освітніх програм та інших рішень.
9. Дотримання прав дитини і орієнтований на людину підхід: кожна дитина має право на життя, охорону здоров'я і найвищий досяжний рівень здоров'я. Державна політика має забезпечувати реалізацію цих прав відповідно до Конституції України, Конвенції ООН про права дитини і міжнародних зобов'язань України. Медична допомога дітям ґрунтується на повазі до людської гідності, інтересах дитини, відмові від дискримінації, партнерстві з дитиною та її сім'єю, зокрема забезпеченні потреби вислухати дитину і надання батькам або законним представникам повної і зрозумілої інформації.

За результатами обговорення учасники конгресу УХВАЛИЛИ

Рекомендувати МОЗ України та іншим органам державної влади в межах їхніх повноважень розглянути і реалізувати такі пропозиції.

I. Державна політика у сфері охорони здоров'я дітей

Учасники VIII конгресу PRIME Pediatrics переконані, що в умовах війни і післявоєнного відновлення охорону здоров'я дітей слід розглядати як один із головних пріоритетів державної політики.

Зменшення народжуваності, міграційні процеси, зростання кількості дітей, які потребують тривалого медичного, психологічного і реабілітаційного супроводу, формують нові завдання. Для їхнього вирішення потрібна довгострокова стратегія розвитку педіатричної допомоги.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) забезпечити реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я дітей на засадах дотримання прав дитини, гарантованих Конституцією України, Конвенцією ООН про права дитини та іншими міжнародними договорами України, визнавши право кожної дитини на життя, охорону здоров'я і найвищий досяжний рівень здоров'я стратегічним пріоритетом в умовах війни та післявоєнного відновлення;

2) забезпечити системний перегляд нормативної бази, що регулює надання медичної допомоги дітям, з урахуванням сучасних наукових даних, міжнародних рекомендацій і практичних потреб системи охорони здоров'я;

3) активізувати інтеграцію принципів доказової медицини у розроблення клінічних настанов, стандартів медичної допомоги і програм професійного розвитку;

4) підтримувати розвиток сучасної моделі педіатричної допомоги, що базується на профілактичній спрямованості, міждисциплінарній взаємодії, наступності та партнерстві з родиною;

5) сприяти постійній експертній взаємодії МОЗ України, професійних асоціацій, ЗВО і міжнародних організацій.

II. Профілактика та імунізація – основа сучасної педіатрії

Профілактична медицина є найбільш ефективним інструментом збереження здоров'я дитячого населення. Від програм імунізації, раннього виявлення захворювань, формування здорових моделей поведінки і своєчасного медичного супроводу залежить тривалість і якість життя.

Для України профілактика набуває ще більшої ваги: кожен випадок запобігання тяжкому захворюванню, інвалідності та уникнення госпіталізації зміцнює стійкість системи охорони здоров'я.

Особливу роль відіграє імунопрофілактика, яка залишається одним із найефективніших заходів громадського здоров'я.

В Україні триває модернізація Національного календаря профілактичних щеплень відповідно до міжнародних рекомендацій, епідеміологічної ситуації та потреб українських дітей.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) продовжити модернізацію Національного календаря профілактичних щеплень відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій і найкращих світових практик;

2) забезпечити впровадження вакцинації проти пневмококової інфекції як складника державної програми імунопрофілактики;

3) забезпечити рівний доступ дітей до вакцинації проти папіломавірусної інфекції незалежно від статі;

4) розширити доступ до профілактики респіраторно-синцитіальної вірусної інфекції у немовлят, вакцинації проти ротавірусної, менінгококової та інших вакцинокерованих інфекцій із доведеною ефективністю;

5) розширити можливості реалізації державних програм імунізації через усіх надавачів первинної медичної допомоги, які працюють у системі Програми медичних гарантій;

6) оновити національні рекомендації щодо вакцинації дітей із хронічними захворюваннями, імунодефіцитами, після трансплантації та інших груп підвищеного ризику;

7) дбати про професійну освіту медичних працівників з імунопрофілактики й ефективної комунікації з батьками.

III. Ранній розвиток дитини і раннє втручання

Перші роки життя визначають стан здоров'я людини протягом наступних десятиліть. Саме в цей період формуються когнітивні, мовленнєві, соціальні та моторні навички, від яких залежить подальший розвиток, освітній потенціал і якість життя.

Сучасна педіатрія дедалі більше орієнтується не лише на лікування захворювань, а й на своєчасне виявлення мінімальних відхилень розвитку, коли втручання є найбільш ефективним.

Це особливо актуально для України, де значна кількість дітей потерпає від війни, передчасно народилася, стала вимушеними переселенцями, зазнала психоемоційного стресу і має обмежений доступ до послуг.

Розвиток системи раннього виявлення порушень і програм раннього втручання є одним із найважливіших напрямів державної політики щодо дітей.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) запровадити стандартизоване оцінювання розвитку дітей раннього віку під час профілактичних оглядів із використанням валідованих інструментів;

2) інтегрувати раннє виявлення розладів аутистичного спектра та інших порушень нейророзвитку до системи профілактичного спостереження дітей;

3) забезпечити розвиток програм раннього втручання із залученням мультидисциплінарних команд;

4) удосконалити катамнестичне спостереження дітей груп високого ризику, насамперед передчасно народжених і з тяжкими перинатальними станами;

5) сприяти міжсекторальній взаємодії систем охорони здоров'я, освіти й соціального захисту для підтримки дітей із порушеннями розвитку та їхніх сімей.

IV. Розвиток сучасної моделі педіатричної допомоги

Педіатрична допомога є складною багаторівневою системою, що охоплює профілактику, первинну, спеціалізовану й високоспеціалізовану допомогу, реабілітацію, паліативну допомогу і тривалий супровід дітей із хронічними захворюваннями.

Ефективність цієї системи визначає не лише якість роботи окремих закладів чи лікарів, а й узгоджена взаємодія між усіма рівнями медичної допомоги.

Особливої уваги потребує модель, орієнтована на пацієнта, яка забезпечує безперервність маршруту дитини, своєчасне направлення й ефективну координацію між ланками системи.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) надалі розвивати мережу високоспеціалізованих педіатричних референс-центрів для лікування дітей із рідкісними, складними й орфанними захворюваннями;

2) удосконалити маршрути пацієнтів із захворюваннями, що потребують міждисциплінарного підходу і високоспеціалізованої допомоги;

3) переглянути табелі оснащення дитячих закладів охорони здоров'я відповідно до сучасних клінічних потреб і технологічного розвитку;

4) розробити національні підходи з надання допомоги підліткам із хронічними захворюваннями під час переходу до системи допомоги дорослим (transition of care);

5) упроваджувати цифрові рішення, які покращують координацію між рівнями допомоги, безперервність спостереження й ефективність ведення пацієнтів.

V. Високоспеціалізована медична допомога дітям

Досягнення сучасної педіатрії значною мірою пов'язані з розвитком високоспеціалізованої допомоги. Трансплантація, дитяча онкогематологія, лікування рідкісних захворювань, інтенсивна терапія і високотехнологічна хірургія дають змогу зберігати життя дітей із надзвичайно складними станами.

Розвиток таких напрямів залежить не лише від забезпечення обладнанням і фінансуванням, а й від державної політики, що стосується своєчасного виявлення пацієнтів, маршрутизації, концентрації експертизи і безперервності супроводу.

Через обмежені ресурси концентрація високоспеціалізованої допомоги у референс-центрах є ефективною моделлю забезпечення якості лікування.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) подбати про розвиток мережі національних референс-центрів із надання високоспеціалізованої медичної допомоги дітям;

2) удосконалити маршрутизацію дітей із рідкісними, тяжкими і складними захворюваннями, забезпечивши своєчасне направлення до відповідних центрів;

3) фінансувати високоспеціалізовану педіатричну допомогу, орієнтовану на якість, доступність і довгострокову ефективність лікування;

4) оновити клінічні рекомендації щодо ведення дітей після трансплантації, зокрема вакцинації, профілактики інфекційних ускладнень і тривалого мультидисциплінарного спостереження;

5) удосконалювати професійну освіту лікарів щодо раннього виявлення пацієнтів, які потребують високоспеціалізованої допомоги.

VI. Психічне здоров'я дітей і підлітків

Психічне здоров'я є важливим складником здоров'я дитини і визначальним чинником розвитку, навчання, соціальної адаптації і якості життя.

Повномасштабна війна суттєво змінила структуру потреб дитячого населення. Значна кількість дітей втратила близьких, потерпає від вимушеного переміщення, тривалих небезпек, порушення освітнього процесу та інших психотравмувальних подій. Психологічного супроводу потребують також діти із хронічними захворюваннями.

Отже, питання психічного здоров'я мають стати обов'язковим складником сучасної педіатричної практики.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) інтегрувати оцінювання психічного здоров'я і психоемоційного благополуччя у процес педіатричної допомоги відповідно до сучасних клінічних рекомендацій;

2) розвивати міждисциплінарні моделі взаємодії педіатрів, дитячих психіатрів, психологів, сімейних лікарів, фахівців із реабілітації та інших спеціалістів;

3) забезпечити психологічну підтримку сімей дітей із тяжкими, хронічними захворюваннями і такими, що призводять до інвалідності;

4) покращити підготовку медичних працівників із комунікації, кризового консультування і раннього виявлення психоемоційних порушень;

5) підтримувати міжвідомчу взаємодію системи охорони здоров'я, освіти й соціального захисту під час надання допомоги дітям, які постраждали внаслідок війни.

VII. Розвиток системи паліативної допомоги дітям

Дитяча паліативна допомога є невіддільним складником сучасної системи охорони здоров'я і механізмом реалізації права дитини на життя, найвищий досяжний рівень здоров'я, повагу до гідності, полегшення страждання і належну якість життя.

Сучасна паліативна допомога не обмежується допомогою наприкінці життя. Її потрібно інтегрувати в маршрут дитини з моменту встановлення захворювання, що погіршує якість життя або становить загрозу для нього, поєднавши лікування з контролем симптомів і всебічною підтримкою сім'ї.

В умовах війни і післявоєнного відновлення розвиток доступної, якісної й безперервної системи дитячої паліативної допомоги має стати пріоритетом державної політики.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) визнати дитячу паліативну допомогу пріоритетним напрямом державної політики, забезпечивши її нормативний, кадровий, організаційний і фінансовий розвиток;

Продовження на стор. 8.

Резолюція учасників VIII конгресу Української академії педіатричних спеціальностей PRIME Pediatrics

4-6 червня 2026 року, м. Львів

Продовження. Початок на стор. 6.

2) створити нормативні й організаційні передумови для формування сучасної системи підготовки і професійного розвитку фахівців із паліативної допомоги, зокрема розглянувши можливості запровадження окремої лікарської спеціальності «Паліативна допомога», затвердження професійного стандарту і розвитку відповідних освітніх програм на всіх рівнях медичної освіти;

3) розробити й затвердити сучасний стандарт дитячої паліативної допомоги, заснований на доказовій медицині, рекомендаціях ВООЗ і міжнародних професійних товариств;

4) інтегрувати паліативну допомогу до клінічних маршрутів із моменту встановлення діагнозу, забезпечивши безперервність супроводу і наступність між усіма рівнями;

5) створити національну систему обліку пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, з належним захистом персональних даних для планування медичних послуг, кадрового забезпечення, фінансування, оцінювання потреб і моніторингу якості;

6) розвивати мультидисциплінарну модель за участі лікарів, медичних сестер, психологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, соціальних працівників і, за бажанням, сім'ї та фахівців із духовної підтримки;

7) надавати амбулаторні, домашні та мобільні форми паліативної допомоги за місцем проживання дитини, забезпечити своєчасний контроль симптомів, підтримку сім'ї потрібними лікарськими засобами й медичними виробами;

8) забезпечити міжсекторальну взаємодію систем охорони здоров'я, соціального захисту, освіти і реабілітації для комплексного супроводу дітей і сімей.

VIII. Розвиток професійного самоврядування і партнерства з професійними асоціаціями

Ефективна система охорони здоров'я неможлива без активної участі професійної медичної спільноти у формуванні державної політики. Це, зокрема, стосується консолідації експертних знань, розроблення стандартів, впровадження доказової медицини і надання незалежної фахової експертизи.

У більшості країн Європейського Союзу професійне самоврядування є важливою ланкою системи охорони здоров'я, що сприяє якості допомоги, професійній відповідальності, дотриманню етичних стандартів та діалогу між державою і медичною спільнотою.

УАПС підтримує розвиток професійного самоврядування як механізму підвищення ролі професійної експертизи управлінських рішень і розвитку медичної освіти.

У зв'язку з цим вона пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) запровадити системну участь професійних медичних асоціацій у формуванні політики розроблення нормативно-правових актів, клінічних настанов, стандартів і програм розвитку;

2) розвивати професійне самоврядування медичних працівників відповідно до європейських принципів незалежності, відповідальності, прозорості та підзвітності перед суспільством;

3) залучати професійні асоціації до розроблення освітніх програм, безперервного професійного розвитку, професійної акредитації освітніх заходів, експертизи і поширення доказових знань;

4) створити постійні консультативно-експертні механізми взаємодії МОЗ України, НСЗУ, професійних асоціацій, ЗВО і наукових установ;

5) сприяти розвитку спроможних, незалежних і відповідальних професійних медичних асоціацій, які діють на засадах відкритості, професійної етики та самоврядності.

IX. Медична освіта і підготовка кадрового потенціалу

Якість медичної допомоги пов'язана з якістю медичної освіти. Саме на додипломному рівні формується клінічне мислення, професійні цінності та моделі ухвалення рішень, які надалі визначатимуть безпеку пацієнтів і спроможність системи охорони здоров'я впроваджувати сучасні стандарти допомоги.

Зміст медичної освіти має безумовно відповідати принципам доказової медицини, чинній нормативно-правовій базі МОЗ України, сучасним клінічним настановам і стандартам медичної допомоги. Від ЗВО та їхніх керівників залежить якість освітніх програм і запобігання поширенню серед майбутніх медичних працівників застарілої або науково необґрунтованої інформації.

Водночас швидке оновлення медичних знань потребує системного професійного розвитку самих викладачів, прозорого оцінювання якості викладання і взаємопов'язаності освітнього процесу з реальною клінічною практикою й потребами пацієнтів.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) забезпечити безумовну відповідність змісту до- і післядипломної медичної освіти принципам доказової медицини, чинним нормативно-правовим актам МОЗ України, сучасним клінічним настановам і стандартам медичної допомоги;

2) визначити інституційну відповідальність ЗВО та їхніх керівників за впровадження дієвої системи внутрішнього забезпечення якості викладання, регулярний моніторинг змісту навчальних дисциплін і запобігання поширенню в освітньому процесі застарілої, недоведеної або такої, що суперечить чинним рекомендаціям, медичної інформації;

3) забезпечити регулярний перегляд і оперативне оновлення освітніх програм, силабусів, навчально-методичних матеріалів і змісту атестації відповідно до змін нормативно-правової бази, клінічних настанов, стандартів медичної допомоги і міжнародних рекомендацій;

4) запровадити системну підготовку й періодичне підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників із доказової медицини, критичного оцінювання наукових публікацій, застосування сучасних клінічних настанов, академічної доброчесності та сучасних методів викладання;

5) удосконалити механізми зовнішнього і внутрішнього оцінювання якості медичної освіти, що передбачає участь професійних медичних асоціацій, здобувачів освіти, роботодавців і пацієнтської спільноти у формуванні вимог до компетентностей випускників;

6) поглибити практичну спрямованість підготовки майбутніх медичних працівників, розвиток клінічного мислення, навичок комунікації з пацієнтами та їхніми сім'ями, професійної етики, міждисциплінарної взаємодії і ухвалення обґрунтованих рішень в інтересах пацієнта;

7) забезпечити узгодженість додипломної освіти, інтернатури, резидентури, спеціалізації та безперервного професійного розвитку як ланок єдиної системи формування і підтримання професійних компетентностей медичних працівників.

X. Конкурентне середовище, професійний захист і розвиток медичних працівників

Якість і доступність медичної допомоги безпосередньо залежать від умов праці надавачів медичних послуг і медичних працівників. Добросовісна конкуренція між надавачами стимулює підвищення якості, впровадження сучасних технологій, розвиток сервісів, орієнтованих на пацієнтів, і ефективне використання ресурсів.

Водночас безпечні умови праці, гідна й конкурентна оплата, гарантовані можливості для безперервного професійного розвитку є необхідними передумовами збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, зменшення професійного вигоряння і плинності кадрів.

У зв'язку з цим УАПС пропонує МОЗ України спільно з іншими уповноваженими органами державної влади:

1) забезпечити рівні, прозорі та недискримінаційні умови участі надавачів медичних послуг усіх форм власності у Програмі медичних гарантій та інших державних програмах за умови відповідності єдиним вимогам щодо якості, безпеки, кадрового й матеріально-технічного забезпечення;

2) сприяти розвиткові добросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг, дотримуватися прозорих механізмів фінансування з урахуванням результатів діяльності та якості допомоги, а також забезпечувати пацієнтам реальне право вибору надавача;

3) удосконалювати правовий захист медичних працівників під час виконання професійних обов'язків, зокрема встановлення дієвої та належної відповідальності за погрози, насильство, умисне заподіяння тілесних ушкоджень та інші зазіхання на життя, здоров'я і гідність, а також забезпечити ефективні механізми фіксації, розслідування і запобігання таким випадкам.

4) розробити й реалізувати поетапну державну політику підвищення оплати праці лікарів і медичних сестер до гідного і конкурентного рівня з урахуванням кваліфікації, складності, інтенсивності, відповідальності й умов праці, передбачивши стабільні джерела фінансування і регулярний перегляд рівня оплати;

5) запровадити гарантоване щорічне персоніфіковане цільове фінансування безперервного професійного розвитку кожного лікаря і медичної сестри з можливістю самостійного вибору зареєстрованого в установленому порядку провайдера й освітніх заходів відповідно до індивідуальної освітньої траєкторії;

6) забезпечити прозорість використання коштів на безперервний професійний розвиток, рівний доступ до них працівників закладів усіх форм власності та додаткову підтримку фахівців, які працюють у сільській місцевості, прифронтових громадах, а також тих, що постраждали від війни.

Кінцеві положення

Учасники VIII конгресу PRIME Pediatrics переконані, що інвестиції у здоров'я дітей є інвестиціями у майбутнє України, її людський капітал, економічну стійкість і національну безпеку. Реалізація викладених пропозицій сприятиме створенню сучасної, доступної, якісної, доказової та орієнтованої на людину системи охорони здоров'я дітей.

УАПС засвідчує готовність до відкритої співпраці з МОЗ України, НСЗУ, профільним комітетом Верховної Ради України, професійними медичними асоціаціями, закладами освіти, науковими установами, пацієнтськими організаціями і міжнародними партнерами для реалізації положень цієї Резолюції.

Голова правління Української академії педіатричних спеціальностей
Марина Маменко

Йодний дефіцит у вагітних, жінок під час лактації та дітей раннього віку: тиреоїдний гормоногенез й індивідуальна профілактика

На сателітному симпозіумі «Дитина раннього віку», що відбувся в межах VIII конгресу Української академії педіатричних спеціальностей PRIME Pediatrics 2026, доктор медичних наук, професор факультету охорони здоров'я, соціальної роботи і психології Національного університету «Києво-Могилянська академія», голова правління ГС «УАПС» Марина Євгенівна Маменко представила доповідь про йодний дефіцит у груп особливого ризику. Вона окреслила три наріжні питання: значення адекватного тиреоїдного гормоногенезу для розвитку дитини, зв'язок тиреоїдного статусу з харчуванням матері та причини, через які профілактика йододефіцитних станів належить до компетенції педіатрів і лікарів загальної практики.



М.Є. Маменко

Україна – одна з 20 країн світу, де досі немає програми профілактики йодного дефіциту. Від початку 1990-х, коли таких країн налічувалось близько 130, абсолютна більшість розв'язала цю проблему завдяки програмам йодизації солі для загального населення. Проте вагітні та жінки під час лактації становлять окрему групу, що потребує індивідуальної профілактики.

Щитоподібна залоза і тиреоїдний гормоногенез

Щитоподібну залозу недаремно називають першою скрипкою в оркестрі ендокринних залоз: серед залоз, які безпосередньо продукують гормони, вона впливає на всі інші, зокрема статеві. До її функцій належить реалізація генотипу у фенотип, закладення й диференціювання органів і тканин, регуляція обміну речовин і енергії, діяльність всіх органів і систем.

Йод – есенціальний мікроелемент, єдина біологічна функція якого – побудова тиреоїдних гормонів. Тіло дорослої людини містить 15-20 мг йоду; в йодозабезпечених регіонах щитоподібна залоза використовує близько 60 мкг йоду щодня, а за умови його дефіциту інтратиреоїдний вміст може знижуватися до 20 мкг. У молекулі гормонів йод становить основну частку маси: 59% трийодтироніну (Т3) і 65% тироксину (Т4).

Харчовий дефіцит йоду є провідною причиною розвитку гіпотиреозу в йододефіцитних регіонах. Він може перешкоджати настанню й перебігу вагітності; іноді корекція харчування саплементами вирівнює тиреоїдний статус. Якщо гіпотиреоз розвивається під час вагітності, це загрожує її перериванням або народженням дитини з вадами розвитку.

Добова потреба і джерела йоду

За рекомендаціями ВООЗ (2007), добова потреба в йоді становить 90 мкг для дітей 0-5 років, 120 мкг для дітей 6-12 років, 150 мкг для підлітків віком понад 12 років і дорослих, 250 мкг для вагітних, жінок під час лактації (табл. 1). У ранньому дитинстві темп обміну речовин найвищий, тому потреба в йоді з розрахунку на кілограм маси тіла більша, ніж у дорослого.

Таблиця 1. **Добова потреба організму в йоді (ВООЗ, 2007)**

Вікові групи	Потреба в йоді (мкг/добу)
Діти 0-5 років	90
Діти 6-12 років	120
Підлітки віком понад 12 років і дорослі	150
Вагітні	250
Жінки під час лактації	250

За вмістом йоду продукти поділяють на чотири групи. Його надійним джерелом є риба і морепродукти, оскільки йод, вимитий із ґрунтів, концентрується в морі. Ненадійним – молоко і молочні продукти: вміст йоду залежить від того, чи збагачені корми худоби. Низький вміст йоду мають продукти рослинного і тваринного походження, бо ґрунти, які довго обробляли, вважають йододефіцитними, особливо в гірських регіонах з інтенсивним вимиванням. Надмірний вміст йоду мають морські водорості; Британська дієтична асоціація не рекомендує вживати морську капусту частіше ніж раз на тиждень, бо надлишок йоду може спровокувати розвиток йодіндукованого тиреотоксикозу (феномену Йод – Базедова) через зрив механізмів ауторегуляції щитоподібної залози і надмірне вироблення тиреоїдних гормонів.

Молочна залоза концентрує йод під час лактації, тому його вміст у грудному молоці залежить від харчування матері. Вагітна передає плоду тиреоїдні гормони через плаценту, а в другому й третьому триместрах – йод, щоб плід почав самостійно синтезувати власні тиреоїдні гормони. Після пологів мати забезпечує дитину йодом через грудне молоко.

Спектр йододефіцитних захворювань і вплив на нервову систему

Клінічні наслідки дефіциту йоду залежать від періоду життя. Для плода – це викидень, мертвонародження, вроджені аномалії, підвищення перинатальної та дитячої смертності, неврологічний і мікседематозний кретинізм, психомоторні порушення; для новонароджених – неонатальний гіпотиреоз; для дітей і підлітків – порушення розумового і фізичного розвитку; для дорослих – зоб і його ускладнення. У будь-якому віці можливий зоб, гіпотиреоз, порушення когнітивної функції та підвищення чутливості залози до поглинання йоду, також і радіоактивного.

Тиреоїдні гормони впливають на ріст і розвиток (прямі ефекти, стимуляція продукції гормону росту гіпофізом, синтезу й дії інсуліноподібного чинника росту, посилення синтезу білка і м'язового росту, дія на кісткову й хрящову тканину), на метаболізм (збільшення базального метаболізму й теплопродукції, глюконеогенез, ліполіз, зв'язування адренергічних рецепторів) і розвиток центральної нервової системи (дозрівання й міграція нервових клітин, утворення мієліну, розгалуження дендритів і утворення синапсів, вплив на нейротрансмітери, ферменти й клітинні протеїни). Розгалуження аксонів і дендритів формує анатомічну базу для умовних рефлексів, тому йод називають мікроелементом інтелекту. У дорослих гіпотиреоз проявляється депресією, уповільненням ментальних функцій і схильністю до гіпотиреоїдного ожиріння.

Розвиток нервової системи плода охоплює першу тисячу днів – від запліднення до двох років, коли центральна нервова система критично чутлива до тиреоїдного статусу (рисунок). У першому триместрі формування структур залежить від Т4 матері. У разі дефіциту йоду синтез зміщується в бік Т3, бо на побудову Т4 потрібно більше атомів йоду; цей стан називають транзиторною гіпотироксинемією вагітних. Під час скринінгу тиреотропного гормону (ТТГ) і Т4 можуть залишатися в нормі, бо ТТГ реагує на концентрацію Т3, яка утримується; ізольоване зниження Т4 у разі нормального ТТГ критичне, оскільки Т4 переважно транспортується через гематоенцефалічний бар'єр у мозок плода за допомогою специфічних переносників і впливає на формування його структур.

Профілактика: йодована сіль й індивідуальна саплементація

Йодована сіль – універсальний носій йоду. Її вживає майже все населення планети, йод добре засвоюється, а сучасні технології з калію йодатом забезпечують тривале зберігання без ризику надлишку за умови дотримання рівня йодизації. Це найдешевший і найефективніший спосіб масової, або «німої», профілактики. Для вагітних, жінок під час лактації та новонароджених сіль не є адекватним інструментом, бо потреба йоду зростає вдвічі й дотацію солі неможливо збільшити пропорційно.

Саплементація препаратами калію йодиду має диференційовані дози: дітям раннього і дошкільного віку – 50-100 мкг на добу (Йодомарин® 100); дітям молодшого шкільного віку 6-12 років – 100 мкг на добу; дітям віком понад 12 років і підліткам – 200 мкг на добу (табл. 2). Вагітній і жінці, що годує грудьми, потрібно 250 мкг йоду: близько 50 мкг вона отримує завдяки будь-якій дієті, а 200 мкг у складі препарату гарантують його необхідне надходження. Достатньо однієї таблетки на добу, бажано починаючи з етапу прегравідарної підготовки – за три місяці до настання вагітності – і впродовж усього періоду вагітності та годування грудьми. Це саплементація, а не гормональний препарат: калію йодид у дозі 200 мкг відповідає фізіологічній потребі й слугує будівельним матеріалом для гормону, а статус лікарського засобу має через показання щодо зоба.

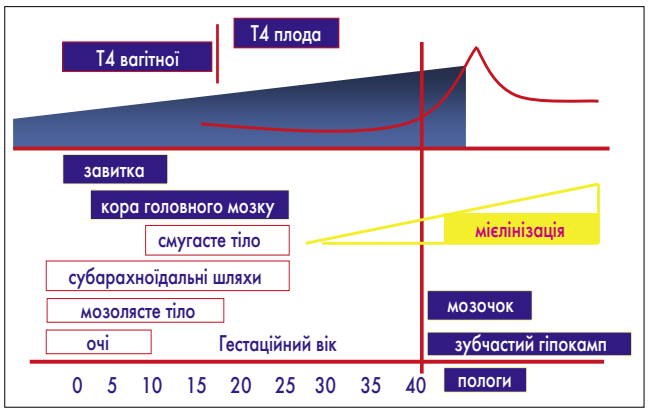


Рисунок. Основні етапи розвитку нервової системи плода і потреба в тиреоїдних гормонах у різні періоди вагітності

Таблиця 2. **Рекомендовані дози калію йодиду для саплементації**

Група	Доза йоду на добу (мкг)*
Вагітні та жінки, що годують грудьми	150-200
Діти раннього і дошкільного віку	50-100
Діти молодшого шкільного віку (6-12 років)	100
Діти віком понад 12 років і підлітки	200

Дитині на грудному вигодовуванні за умови адекватної профілактики матері додатковий йод не потрібен; у замінниках вміст враховано. Потреба у ньому виникає після другого півріччя і на другому році життя, коли йодована сіль ще не рекомендована. Домашній прикорм можна збагатити половиною таблетки препарату Йодомарин® 100 (додаткові 50 мкг).

Небезпека високих доз йоду і питання радіойодної профілактики

Прийом високих доз йоду (65-130-250 мг) супроводжується побічними ефектами і має протипоказання. Побічні ефекти: гіпертиреоз, спричинений надлишком йоду (ефекту Йод – Базедова), гіпотиреоз, порушення серцевого ритму й підвищення тиску, токсичний вплив на шлунково-кишковий тракт, отруєння йодом, алергічні стани. Протипоказання: вузловий і багатовузловий зоб, хвороба Грейвса, автоімунний тиреоїдит, герпетиформний дерматит, гіпокомплементарний васкуліт, підвищена чутливість до йоду.

У разі дефіциту йоду щитоподібна залоза активує системи його захоплення й збільшується в об'ємі до розмірів зоба. Голодна залоза активніше захоплює і радіоактивний йод, вбудовуючи його в гормони, – це механізм тиреоїдної патології після аварії на ЧАЕС, єдиного доведеного соматичного наслідку аварії щодо органів. Поточний стан Запорізької АЕС не становить загрози викиду радіоактивного йоду, тому калію йодид як засіб радіопрофілактики не потрібен. Небезпечними для рутинної профілактики залишаються неконтрольовані добавки, зокрема на основі водоростей.

Отже, профілактика йододефіцитних захворювань потребує диференційованого підходу: масова йодизація солі для загального населення й обов'язкова індивідуальна саплементація лікарським засобом, що містить калію йодид, (Йодомарин®), для вагітних, жінок під час лактації і дітей раннього віку. Відповідальними за його призначення є педіатр і лікар первинної ланки.

Підготувала ***Олена Речмедіна***

Реклама

М.В. Кривопустова, д-р філософії, доцент кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ)

Алергічний риніт: роль ектоїну в цитопротекції назального епітелію



М.В. Кривопустова

За останні десятиліття алергічний риніт (АР) став одним із найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань, особливо в економічно розвинених країнах. За міжнародними даними, він вражає від 5 до 50% населення у світі залежно від віку, географічного регіону і діагностичних критеріїв. В Європі симптоми АР фіксують приблизно у 8% дітей віком 6-7 років та у 13-15% підлітків, причому частота захворювання зростає з віком (Wise S.K., Damask C. et al., 2023).

Епідеміологія і тягар алергічного риніту

Згідно з результатами довготривалих проспективних досліджень, поширеність сезонної алергії збільшується з віком, а захворювання у більшості пацієнтів має тривалий, персистувальний перебіг (Lindgvist M., Leth-Moller K.B. et al., 2024).

Клінічно підтверджений діагноз АР встановлюють приблизно лише у половини пацієнтів, хоча останнім часом спостерігається тенденція до покращення його своєчасної діагностики. Незважаючи на високу ефективність стандартної фармакотерапії та наявність міжнародних рекомендацій, до 40% пацієнтів не досягають належного контролю симптомів АР (Hellings P.W., Pugin B. et al., 2019).

Водночас АР – це не лише проблема назальної симптоматики. Захворювання суттєво впливає на якість життя пацієнтів, погіршує сон, когнітивні функції, навчання і працездатність, а також асоціюється зі значними прямими й непрямими економічними витратами.

Ця патологія у дітей часто супроводжується дратівливістю, втомою, порушенням концентрації уваги і зниженням успішності в школі (Anastasiou E., Xepapadaki P. et al., 2026). Крім того, АР розглядають як один із ключових факторів ризику розвитку бронхіальної астми, що свідчить про необхідність його раннього виявлення й ефективного контролю (Hannikainen P., Kahn C. et al., 2024).

Пошкоджений назальний епітелій – джерело запалення

В патології АР дедалі більше уваги приділяють не тільки IgE-опосередкованому запаленню, а й ролі епітеліального бар'єра слизової оболонки носа. Назальний епітелій є першою лінією захисту від інгаляційних алергенів, забруднювачів повітря й інфекційних агентів. Це не лише механічний бар'єр, а й активний учасник розвитку алергічного запалення. Під впливом алергенів та інших подразників епітеліоцити швидко продукують так звані аларміни (TSLP, IL-25, IL-33), які запускають і підтримують Т2-запальну відповідь. Саме активація епітелію є одним із найперших етапів розвитку алергічного запалення.

У фізіологічних умовах цілісність епітеліального бар'єра забезпечує мукоциліарний кліренс і міжклітинні щільні контакти, до складу яких входять клаудини, оклюдин, білок ZO-1 і Е-кадгерин. У пацієнтів на тлі алергічної патології порушується структура і функція міжклітинних контактів, що супроводжується зниженням експресії ZO-1, оклюдину, клаудину-1 і Е-кадгерину (Lu H.-F., Zhou Y.-C. et al., 2024). Внаслідок цього алергени легше проникають у слизову оболонку і підтримують хронічне алергічне запалення (Liu Y., Sun Q. et al., 2026).

Важливим компонентом патогенезу АР є назальна гіперреактивність – підвищена чутливість слизової оболонки носа до неспецифічних тригерів, таких як холодне повітря, різкі запахи, тютюновий дим, забруднене повітря, зміни температури або вологості. Саме назальну гіперреактивність часто недостатньо діагностують і рідко враховують під час оцінювання ефективності лікування (Backaert W., Steelant B. et al., 2024).

Отже, відповідно до сучасних уявлень про патогенез АР, навіть ефективний контроль IgE-опосередкованого запалення не завжди забезпечує повне усунення симптомів. Це пояснюється залученням додаткових механізмів, серед яких важливу роль відіграє підвищена проникність слизової оболонки, нейроімунне запалення, назальна гіперреактивність і дисфункція епітеліального бар'єра. (Bao Y., Chen Q. et al., 2025).

Саме тому сучасна терапія дедалі більше орієнтується не лише на пригнічення окремих медіаторів запалення, а й на відновлення структурно-функціональної цілісності слизової оболонки носа, зменшення її запальної активності та підвищення стійкості до дії зовнішніх подразників.

Сучасна концепція лікування алергічного риніту

У міжнародній консенсусній заяві з алергології та ринології ICAR-AR 2023 зазначено, що стратегія лікування АР має ґрунтуватися на персоналізованому підході, який поєднує елімінацію клінічно значущих алергенів, раціональну фармакотерапію й алерген-специфічну імунотерапію (АСІТ). Інтраназальні кортикостероїди залишаються препаратами першої лінії при середньотяжкому і тяжкому АР завдяки найвищій ефективності щодо контролю назальних симптомів, серед них і назальної обструкції. У разі легкого перебігу захворювання можна застосовувати антигістамінні препарати другого покоління, тоді як для інтраназальних антигістамінних засобів притаманний швидкий початок дії, їх використовують як терапію першої або другої лінії. У разі недостатнього контролю симптомів вдаються до комбінацій інтраназального кортикостероїду та інтраназального антигістамінного препарату.

У 2026 р. в офіційному журналі Європейської академії алергології та клінічної імунології (EAACI) Pediatric Allergy and Immunology було опубліковано огляд Anastasiou E. та співавт., присвячений сучасним підходам до лікування АР у дітей. Так, під час вибору терапії потрібно враховувати вік дитини, частоту й тяжкість симптомів, їхній вплив на сон, навчання і якість життя, наявність алергічного кон'юнктивіту і бронхіальної астми. Якщо симптоми легкі або інтермітуючі, можна застосовувати антигістамінні препарати другого покоління. Інтраназальні кортикостероїди залишаються основою лікування середньотяжкого і тяжкого перебігу захворювання, особливо за наявності вираженої назальної обструкції, а також персистувальних симптомів. Альтернативою є інтраназальні антигістамінні засоби, особливо коли необхідний швидкий початок дії та переважає чхання, свербіж і ринорея. Антагоністів лейкотрієнових рецепторів не розглядають як універсальну терапію першої лінії. Їх застосування можна обговорити в окремих клінічних ситуаціях, зокрема у разі супутньої бронхіальної астми.

АСІТ залишається єдиним методом лікування респіраторної алергії, що модифікує перебіг захворювання. Її застосування доцільне передусім у пацієнтів із клінічно значущою сенсибілізацією, коли медикаментозна терапія і заходи зі зменшення експозиції алергену недостатньо контролюють симптоми, виникають небажані реакції на медикаменти або родина прагне зменшити тривалу потребу в симптоматичній терапії.

Ефективність АСІТ залежить від правильного визначення алергену, використання стандартизованого препарату, належної прихильності та достатньої тривалості лікування (Anastasiou E., Xepapadaki P. et al., 2026; Roberts G., Pfaar O. et al., 2018).

Ектоїн і цитопротекція назального епітелію

Згідно із сучасними уявленнями про патогенез АР, перспективною терапевтичною мішенню є не лише контроль класичного алергічного запалення, а й стабілізація епітеліоцитів, попередження розгортання запального каскаду, відновлення і захист епітеліального бар'єра.

Одним із засобів, що реалізує цей підхід, є ектоїн. Це природна молекула, яка чинить цитопротекторну дію завдяки фізичному, а не фармакологічному механізму.

На відміну від препаратів, що безпосередньо впливають на медіатори запалення або рецептори, ектоїн не проникає всередину клітини. Його дія ґрунтується на здатності структурувати молекули води і формувати навколо клітинних мембран стабільний гідратаційний шар (Ectoin Hydro Complex), який підтримує стабільність мембран епітеліоцитів, зменшує їхню проникність і підвищує стійкість до дії алергенів та інших неспецифічних подразників (Bilstein A., Werkhauser N. et al., 2021). Стабілізація епітеліального бар'єра супроводжується зменшенням вивільнення епітеліоцитами алармінів і прозапальних медіаторів, що сприяє пригніченню розвитку запального каскаду і зниженню назальної гіперреактивності.

Спрей Ектобріс®, який містить 2% ектоїну в ізотонічному розчині натрію хлориду (0,9%), завдяки цитопротекторній, мембраностабілізуючій і протизапальній дії сприяє зменшенню вираженості місцевого запалення без прямого впливу на імунну систему. Препарат додатково підтримує фізіологічний стан і відновлення слизової оболонки носа, а також формує захисний фізичний бар'єр, що зменшує контакт слизової з алергенами, вірусами і бактеріями.

Результати досліджень і метааналізу підтвердили клінічну ефективність ектоїну. У пацієнтів з АР застосування назального спрею з ектоїном забезпечувало зменшення загального бала назальних симптомів (TNSS), порівнянне з ефектом азеластину (59% проти 57%), а також покращення за окремими симптомами, серед них закладеність носа, ринорея, чхання і свербіж. Крім того, через сім днів лікування зафіксовано клінічно значуще зменшення закладеності носа та інших основних проявів АР (Eichel A., Bilstein A. et al., 2014; Salapatek A., Werkhauser N. et al., 2021).

З практичного погляду, застосування назального спрею з ектоїном при АР не обмежується лише симптоматичною терапією. Завдяки мембраностабілізуючій і протизапальній дії його можна використовувати на різних етапах ведення пацієнтів – як профілактику сезонного АР ще до початку сезону пилкування, стартову терапію у разі появи перших симптомів, у комбінації з антигістамінними препаратами та інтраназальними кортикостероїдами, а також під час зменшення обсягу базисної терапії після досягнення контролю над захворюванням. Такий step down підхід може покращити ефект базисної терапії та дасть змогу безпечно зменшити обсяг терапії із захистом від рецидиву захворювання.

Отже, ектоїн є прикладом сучасного підходу до лікування АР, який доповнює традиційну протизапальну терапію. Його застосування спрямоване не лише на полегшення симптомів, а й на захист і відновлення епітеліального бар'єра, зменшення назальної гіперреактивності та підтримання фізіологічної функції слизової оболонки носа.

Література

1. Wise S.K., Damask C., Roland L.T. et al. International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis – 2023. Int Forum Allergy Rhinol. 2023;13(4):293-859. doi:10.1002/alr.23090.
2. Lindqvist M., Leth-Moller K.B., Linneberg A. et al. Natural course of pollen-induced allergic rhinitis from childhood to adulthood: a 20-year follow-up. Allergy. 2024;79(4):884-893. doi:10.1111/all.15927.
3. Anastasiou E., Xepapadaki P., Asllani J. et al. Update on the treatment of allergic rhinitis in children. Pediatr Allergy Immunol. 2026;37: e70329. doi:10.1111/pai.70329.
4. Hannikainen P., Kahn C., Toskala E. Allergic rhinitis, rhinosinusitis, and asthma: connections across the unified airway. Otolaryngol Clin North Am. 2024;57(2):171-178. doi:10.1016/j.otc.2023.08.009.
5. Lu H.F., Zhou Y.C., Yang L.T. et al. Involvement and repair of epithelial barrier dysfunction in allergic diseases. Front Immunol. 2024;15:1348272. doi:10.3389/fimmu.2024.1348272.
6. Liu Y., Sun Q., Meng C. et al. Immune sentinel function of nasal mucosal epithelial cells in allergic rhinitis: a review on barrier damage and inflammatory amplification loops regulated by calcium signalling. Front Immunol. 2026;17:1761813. doi:10.3389/fimmu.2026.1761813.
7. Backaert W., Steelant B., Wils T. et al. Nasal hyperreactivity in allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis with polyps: a role for neuronal pathways. Rhinology. 2024;62(3):299-309. doi:10.4193/Rhin23.287.
8. Bao Y., Chen Q., Shi B. et al. The epithelial barrier: a Janus-faced regulator in allergic airway diseases from defense to inflammation. Front Allergy. 2025;6:1693611. doi:10.3389/falgy.2025.1693611.
9. Roberts G., Pfaar O., Akdis C.A. et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: allergic rhinoconjunctivitis. Allergy. 2018;73(4):765-798. doi:10.1111/all.13317.
10. Hellings P.W., Pugin B., Marien G. et al. Stepwise approach towards adoption of allergen immunotherapy for allergic rhinitis and asthma patients in daily practice in Belgium: a BelSACI-Abeforcal-EUFOREA statement. Clin Transl Allergy. 2019;9:1. doi:10.1186/s13601-019-0243-1.
11. Bilstein A., Werkhauser N., Rybachuk A., Mosges R. The effectiveness of the bacteria-derived extremolyte ectoine for the treatment of allergic rhinitis. Biomed Res Int. 2021;2021:5562623. doi:10.1155/2021/5562623.
12. Eichel A., Bilstein A., Werkhauser N., Mosges R. Meta-analysis of the efficacy of ectoine nasal spray in patients with allergic rhinoconjunctivitis. J Allergy (Cairo). 2014;2014:292545. doi:10.1155/2014/292545.
13. Salapatek A.M., Werkhauser N., Ismail B. et al. Effects of ectoine-containing nasal spray and eye drops on symptoms of seasonal allergic rhinoconjunctivitis. Clin Transl Allergy. 2021;11: e12006. doi:10.1002/clt2.12006.

Реклама

ЕКТОБРІС РЕСПІРАТОРНИЙ ЦИТОПРОТЕКТОР



Реклама

EAACI 2026: п'ять напрямів сучасної алергології

1. **Персоналізована алергологія набуває дедалі більшого значення, що потребує особливої уваги до молекулярної алергодіагностики, біомаркерів, ендотипування і фенотипування пацієнтів.**

2. **Бар'єрну дисфункцію розглядають як один із ключових механізмів розвитку алергічних захворювань, що збільшує інтерес до відновлення бар'єра і цитопротекторної терапії.**

3. **ACIT залишається єдиним методом, що здатен модифікувати природний перебіг алергічного захворювання. Значну увагу приділено оптимізації клінічних досліджень ACIT і пошуку нових предикторів ефективності.**

4. **Активно розвивається біологічна терапія тяжких форм бронхіальної астми, хронічного риносинуситу з назальними поліпами та інших Т2-опосередкованих захворювань.**

5. **В алергологію дедалі активніше інтегрують штучний інтелект і цифрові технології – від підтримки діагностики до аналізу великих масивів клінічних даних і персоналізації лікування.**

Раціональний вибір антибіотика при респіраторних, сечових і кишкових інфекціях у дітей

За матеріалами XXVIII Сідельниковських читань

Із 16 по 18 вересня 2026 р. у Львові відбулася особлива подія для української педіатрії – XXVIII Сідельниковські читання. Цей щорічний захід був заснований у 1999 р. на честь видатного українського педіатра, члена-кореспондента НАН і НАМН України, професора Віктора Михайловича Сідельникова.
Тематика цьогорічних читань була присвячена актуальним питанням педіатрії: наданню медичної допомоги дітям в умовах війни, інфекційним захворюванням, ментальному здоров'ю, превентивним стратегіям, антибіотикорезистентності, впровадженню міжнародних стандартів і доказових підходів у повсякденну клінічну практику. Окремим напрямом стали питання розвитку медичної освіти і можливостей використання штучного інтелекту. У роботі конференції взяли участь лікарі-практики, науковці, викладачі провідних медичних університетів України.



Доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заслужений лікар України Сергій Петрович Кривопустов у доповіді «Педіатрична антибіотикотерапія: докази, ризики і клінічні стратегії» розглянув питання, які виникають у педіатра залежно від етапу лікування дитини: чи є підстави призначити антибіотик, який препарат обрати стартово й емпірично, коли варто переглянути початкову тактику і перейти з внутрішньовенного введення на пероральне.

До поширених у повсякденній практиці проблем він зарахував невиправдане застосування антибіотиків при небактеріальних захворюваннях, невдалий вибір стартового антимікробного препарату, надмірне емпіричне використання макролідів, необґрунтований шлях введення антибіотика, а також, коли у разі відсутності швидкого покращення антибіотик замінюють, не переглянувши діагноз і не оцінивши нових клінічних даних.

Щоб встановити діагноз, лікареві слід з'ясувати загальну клінічну картину: стан дитини, клінічні прояви, тяжкість захворювання і подальшу зміну симптомів. Підставою для антибіотикотерапії має бути клінічна картина конкретного бактеріального захворювання, наприклад, стрептококовий тонзиліт, гострий бактеріальний риносинусит, гострий середній отит, бактеріальна пневмонія. Доповідач зазначив про роль і перспективи використання швидких тестів, посіву, молекулярних методів, візуалізації, тобто рішення про доцільність антибіотикотерапії має ґрунтуватися на сукупності клінічних, лабораторних та інструментальних ознак.

Професор Кривопустов описав емпіричне лікування як початкове рішення, засноване на клінічній імовірності, сучасних рекомендаціях, що ґрунтуються на доказах. Важливо врахувати тяжкість стану і ризики резистентності та з'ясувати, які антибіотики дитина отримувала протягом останніх трьох місяців, бо цей чинник може впливати на стійкість патогенів. У щоденній практиці лікареві слід дотримуватися простого принципу: призначати антибіотик за показаннями, своєчасно оцінювати результат і уникати лікування антибіотиком довше, ніж потрібно. Ефективність антибіотикотерапії та доцільність її продовження або зміни необхідно оцінювати кожні 48-72 год після початку.

Значна частина виступу стосувалася антимікробної резистентності. Доповідач навів сучасні європейські дані, які свідчать про збереження високих рівнів стійкості до антибіотиків, зокрема стійкої до карбапенемів *Klebsiella pneumoniae*, резистентності до макролідів, і окремо розглянув поняття «вікно селекції мутацій» – діапазон концентрацій антибіотика, коли виникають умови для селекції стійких мутантів бактерій: концентрація вже достатня для пригнічення нерезистентних форм, але ще не така висока, щоб повністю діяти на новоутворені стійкі штами. Через це для належного результату лікування мають значення такі чинники: вибір антимікробного препарату, його належна доза, інтервал між прийомами і дотримання призначеної схеми лікування.

Професор Кривопустов визначив місце препарату **Сорцеф® (цефіксим, пероральний цефалоспорин III покоління)** в лікуванні певних бактеріальних інфекцій сечової системи, шлунково-кишкового тракту (гастроентериту) і органів дихання, коли вибір препарату узгоджено з клінічним діагнозом, ймовірною або підтвердженою чутливістю збудника. А також навів міжнародні та вітчизняні рекомендації і поділився власним клінічним досвідом.

Окремий аспект – вплив антибіотиків на кишковий мікробіом. На сьогодні існує потреба в стратегіях, орієнтованих на мікробіоту й оцінювання екологічного впливу антибіотика на кишковий мікробіом. З огляду на це важливе значення має **Фоксеро® (цефподоксим проксетил, пероральний цефалоспорин III покоління)** як проліки, що дають можливість мінімізувати негативний вплив антибіотика на мікробіом.

Доповідач розглянув пероральні цефалоспорини у зв'язку зі ступінчастою антибіотикотерапією і питання переходу дитини із внутрішньовенного лікування на прийом препарату через рот. Після клінічного покращення, за умови можливості приймати їжу, рідину й ліки через рот, доцільно розглянути перехід на відповідний пероральний препарат. Це дає змогу зменшити інвазивність лікування і продовжити належну терапію відповідно до клінічної ситуації. Наприклад, якщо попередньо було призначено у парентеральній лікарській формі цефотаксим, то як антибактеріальний лікарський засіб в ентеральній лікарській формі рекомендовано цефподоксим або цефіксим.

Доповідач навів клінічний випадок, що підтверджує потребу постійного клінічного супроводу антибіотикотерапії У п'ятирічної дитини захворювання почалося з лихоманки, нежитю, головного болю і сухого кашлю. На четвертий-п'ятий день, коли йшлося про можливість інфекції *Mycoplasma pneumoniae*, їй призначили азитроміцин. Надалі перебіг змінився: температура підвищилася до 39 °С, кашель посилився, з'явилася млявість і локальні зміни під час клінічного обстеження легень. Лабораторні показники свідчили про значну запальну реакцію, а завдяки методам візуалізації було виявлено сегментарну консолідацію у правій нижній частці. Сукупність цих даних стала підставою діагностувати пневмонію і переглянути початкове лікування. Азитроміцин відмінили, призначили внутрішньовенний цефотаксим. Через 72 год стан дитини покращився, показники запалення почали знижуватися, вона могла приймати рідину та їжу. Лікарі перейшли на пероральний цефподоксим – **Фоксеро®**.

Насамкінець професор Сергій Кривопустов наголосив, що раціональна антибіотикотерапія має поєднувати ефективне лікування бактеріальної інфекції з відповідальним ставленням до ризику резистентності.



Доктор медичних наук, професор кафедри фармакології і декан фармацевтичного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Ганна Володимирівна Зайченко у доповіді «Клавуланова кислота під мікроскопом: фармакологія, побічні ефекти і альтернативні стратегії» зосередилася на фармакологічних аспектах застосування захищених амінопеніцилінів.

Амоксицилін/клавуланат належить до антибіотиків, які найчастіше призначають в амбулаторній практиці. Проте клавуланова кислота має власний профіль побічних ефектів, який часто недооцінюють. Клавуланат є незворотним інгібітором β-лактаз із клінічно незначущою власною антибактеріальною активністю. Він не посилює дію амоксициліну щодо чутливих штамів, а лише захищає його від руйнування ферментами класу А. Метало-β-лактамази класу В і AmpC-ферменти класу С клавуланат практично не інгібує, а ферменти ОХА-типу класу D пригнічує слабко й непередбачувано. Якщо резистентність збудника зумовлена саме цими механізмами, пацієнт отримує побічні ефекти клавуланату без додаткової клінічної користі.

За даними вітчизняного фармаконагляду 2018-2022 рр., амоксицилін/клавуланат посідав друге місце за кількістю повідомлень про побічні реакції в дітей після цефтріаксону. Найчастіше виникає діарея: 14% у разі прийому кожні 12 год проти 34% кожні 8 год за однакової добової дози, а в дітей віком до двох років у разі 10-денного курсу – 27%. Ризик зростає пропорційно дозі саме клавуланату. Тому за останні десятиліття співвідношення амоксициліну і клавуланату в лікарських формах змінилося з 2:1 до 14-16:1, тоді як доза клавуланату залишалася практично незмінною. Для дітей раннього віку характерні також попрілості, оральний кандидоз і зменшення кількості біфідобактерій у кишковому мікробіомі.

Амінопеніциліни, згідно з настановами Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL, 2019), найчастіше серед лікарських засобів спричиняють медикаментозне ураження печінки (DILI), а клавуланова кислота збільшує цей ризик. Холестатична жовтяниця і підвищення активності трансаміназ пов'язані переважно з клавуланатом. Провідним механізмом вважають імуноалергічну ідіосинкратичну реакцію, не залежну від дози, з генетичною схильністю: гаплотип HLA-DRB1*15:01–DQB1*06:02 виявляли в 57,1% пацієнтів із DILI, асоційованим з амоксициліном/клавуланатом, проти 11,1% у контрольній групі. Ураження може проявитися через один-шість тижнів після завершення курсу. У дітей воно трапляється рідше, ніж у дорослих, проте описано тяжкі випадки з потребою в трансплантації печінки.

Особливо важливо зважати на ризик і користь у дітей із гепатотоксичними реакціями в анамнезі, у віці 0-2 роки, при рецидивних отитах і синуситах із повторними курсами антибіотикотерапії, а також у разі резистентності збудника, зумовленої AmpC або метало-β-лактамазами. Клінічною альтернативою в таких ситуаціях є пероральні цефалоспорини III покоління, зокрема цефіксим. Він має власну структурну стійкість до частини β-лактамаз класу А без потреби



в інгібіторі, рідше спричиняє гастроінтестинальні скарги порівняно з клавуланатвмісними комбінаціями, не створює клавуланатзалежного навантаження на печінку, його застосовують один-два рази на добу незалежно від прийому їжі й випускають у формі дозованої суспензії для дітей раннього віку.

Клавуланат діє вибірково і не є універсальним рішенням проблеми резистентності, під час призначення слід враховувати його гастроінтестинальні та гепатотоксичні ефекти. Раціональним вибором часто стає не сильніший, а безпечніший антибіотик для конкретної дитини, наприклад, цефіксим (Сорцеф®).



Із доповіддю «Сучасні міжнародні рекомендації щодо інфекцій сечових шляхів у дітей (2024-2025)» виступила **доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії № 2 Полтавського державного медичного університету Тетяна Олександрівна Крючко.**

Інфекції сечових шляхів (ІСШ) є провідною причиною бактеріальних інфекцій у дітей із лихоманкою. Їх виявляють у 10-17% немовлят віком до трьох місяців під час обстеження через лихоманку, причому в 5-10% епізодів розвивається бактеріємія. У 15-30% дітей після фебрильної ІСШ формуються ознаки рубцювання ниркової паренхіми. Найчастіше збудником є *Escherichia coli*.

В оновлених рекомендація Європейської асоціації урології та Європейського товариства дитячої урології (EAU/ESPU, 2025-2026) передбачено чіткішу стратифікацію ІСШ на фебрильні/афебрильні, первинні/рецидивні, ускладнені/неускладнені. Посів сечі є головним методом підтвердження діагнозу, його бажано виконати до початку антибіотикотерапії. Візуалізацію проводять за показаннями: ультразвукове дослідження в перші 24-48 год потрібне лише у разі тяжкого перебігу або відсутності відповіді на лікування, мікційна цистоуретрографія і DMSA-сцинтиграфія не належать до рутинних рекомендацій. Госпіталізації потребують діти віком до трьох місяців, із токсикозом, блюванням або неможливістю перорального прийому, підозрою на ускладнену ІСШ чи обструкцію.

Емпіричний вибір антибіотика має грунтуватися на локальній резистентності, зокрема поширеності продуцентів β-лактамаз розширеного спектра (ESBL), його корегують за антибіотикограмою. Парентеральну терапію (цефотаксим, цефтріаксон, амікацин) призначають немовлятам до двох-трьох місяців і дітям у тяжкому стані. У старших дітей у помірному стані застосовують пероральну стартову терапію, зокрема цефіксимом. Перехід із внутрішньовенного на пероральний антибіотик можливий через 24-48 год після нормалізації температури. Тривалість лікування скорочено: при фебрильній ІСШ у дітей від двох місяців за умови апірексії протягом 48 год – 7-10 днів, при неускладненому циститі в дівчат від двох років – 3-5 днів. Ці зміни обумовлені збереженням чутливості збудників до цефалоспоринів III покоління і захистом мікробіому дитини. Антибіотикопрофілактики слід уникати у разі міхурово-сечовідного рефлюксу IV-V ступеня або частих рецидивів фебрильної ІСШ, оскільки тривала профілактика підвищувала ймовірність мультирезистентної інфекції (33% проти 6%). Першочерговою є корекція дисфункції сечового міхура та кишечника і закрепів.

Серед пероральних цефалоспоринів III покоління цефіксим вирізняється високою активністю щодо *E. coli, Klebsiella spp. і Salmonella spp.* Мінімальна пригнічувальна концентрація (МПК90) цефіксиму (Сорцеф®) щодо *E. coli* становить 0,25 мг/л проти 8 мг/л для фосфоміцину, 16 мг/л для левофлоксацину і 32 мг/л для нітрофурантоїну, фуразидину й ципрофлоксацину. Концентрації цефіксиму в корковій і мозковій речовині нирок через 12 год після прийому становлять 4,65 і 4,59 мкг/мл, у плазмі – 1,54 мкг/мл. Небажані реакції в клінічних випробуваннях зареєстровано в 1,2-13,8% випадків (найчастіше йшлося про діарею), і вони не загрожували життю.

Сучасна концепція рекомендацій EAU/ESPU полягає в ранньому розпізнаванні фебрильної ІСШ, своєчасній антибіотикотерапії, раціональному використанні візуалізації та пошуку причин рецидивів. Мета лікування – не лише ерадикація інфекції, а й запобігання рубцюванню нирок, артеріальній гіпертензії та хронічній хворобі нирок.



Доктор медичних наук, професор кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Сергій Олександрович Крамарьов у доповіді «Місце антибактеріальної терапії в комплексному лікуванні інфекційних діарей у дітей» розглянув показання до антибактеріальної терапії при інфекційних діареях у дітей.

Близько 70% інфекційних діарей мають вірусну природу або спричинені бактеріальними інфекціями, що минають самостійно. Нераціональна антибіотикотерапія в таких випадках підвищує ризик антимікробної резистентності, антибіотикоасоційованої діареї та інфекції, спричиненої *Clostridioides difficile*.

Універсальною терапією гострої діареї є пероральна регідратація, яку доповнюють пробіотиками, діосмектитом або рацекадотрилом. Рутинне призначення протимікробних препаратів дітям із діареєю не рекомендоване. Емпірична антибактеріальна терапія доцільна при тяжких формах, підозрі на сепсис, імунодефіцитних станах, онкогематологічних захворюваннях, неврологічних проявах, у дітей віком до трьох місяців і з гіпотрофією, а також у разі тривалої лихоманки, болю в животі та кров'янистої діареї з підозрою на бактеріальну дизентерію. За встановленої етіології антибіотики показані при виділенні *Shigella, Escherichia coli* (крім ентерогеморагічних штамів), *Vibrio cholerae, Yersinia enterocolitica* й *Entamoeba histolytica*. При кампілобактерному коліті лікування ефективне лише в перші два дні від появи симптомів. У разі легкого і середньотяжкого сальмонельозу антибіотики недоцільні й сприяють формуванню бактеріоносійства. Якщо є підозра на шигатоксин-продукувальну *E. coli* (STEC), антибіотики протипоказані через ризик гемолітико-уремічного синдрому, тому їх не призначають емпірично при кров'янистій діареї без лихоманки.

Емпіричну терапію в дітей розпочинають із цефалоспоринів III покоління (цефіксим, цефтріаксон) або азитроміцину. Цефіксим внесено до довідника ВООЗ з антибіотиків AWaRe (Access, Watch, Reserve – «Доступ», «Спостереження», «Резерв») як пероральний засіб для емпіричного лікування окремих випадків гострої інфекційної діареї в дітей із тривалістю курсу п'ять днів. Препарат застосовують один раз на добу: дітям – 8 мг/кг/добу у формі суспензії, дітям із масою тіла понад 50 кг або віком понад 12 років – 400 мг, як дорослим. Цефіксим (Сорцеф®) випускають у формі гранул для оральної суспензії 100 мг/5 мл, приготовану суспензію слід зберігати 14 днів за температури не вище 25 °С.

Антибіотикотерапія інфекційних діарей у дітей має бути обгрунтованим, а не рутинним рішенням. У разі її доцільності пероральний цефалоспорин III покоління з одноразовим добовим прийомом є одним із рекомендованих варіантів стартової терапії.



Із доповіддю «Імунітет на максимум: сучасне рішення для захисту і розвитку дитини» виступила **доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри пропедевтики дитячих хвороб і педіатрії 2 Дніпровського державного медичного університету Людмила Іванівна Вакуленко**.

На імунний захист дитини впливають численні фактори: дефіцит мікронутрієнтів через одноманітне харчування, рекурентні та хронічні захворювання, нестача сну, а в умовах війни – також психологічний стрес і тривале перебування в укриттях без сонячного світла і свіжого повітря. Поєднання гострого і хронічного стресу, руйнування медичної інфраструктури, збої у вакцинації та погіршення умов проживання сприяють спалахам інфекційних і респіраторних захворювань серед дітей в Україні.

Токсичний стрес спричиняє стійку активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, посилює продукцію прозапальних цитокінів і підвищує сприйнятливість до інфекцій. Рекурентні респіраторні інфекції в дітей асоційовані з дефіцитом цілої низки вітамінів і мікроелементів, що забезпечують ефективну імунну відповідь і антиоксидантний захист, а дисбаланс мікробіоти кишечника додатково посилює порушення імунної резистентності. Саме тому надзвичайно важливе щоденне споживання достатньої кількості вітамінів і мінералів, що діють на обидві ланки імунітету (вроджену та набуту) і беруть участь у формуванні антиоксидантного захисту і пробіотиків, що конкурують із патогенами за колонізацію слизової оболонки, змінюють активність імунних клітин та модулюють проникність епітеліальних бар'єрів.

Аналізуючи найновіші світові дослідження, доповідачка детально охарактеризувала роль найважливіших мікронутрієнтів. Зокрема, вітамін А підтримує цілісність дихального епітелію і мукоциліарний кліренс, вітамін D регулює синтез антимікробних пептидів кателіцидину і дефензинів, цинк бере участь у бар'єрному захисті та контролі запалення. За даними метааналізу 50 досліджень, добавки цинку можуть скорочувати тривалість госпіталізації дітей із пневмонією. Важливими є і вітаміни групи В, оскільки вони відіграють особливу роль у продукції цитокінів і антитіл, активності NK-клітин, підтримують імунну відповідь Th1, але організм не здатен їх накопичувати, отже, надходження має відбуватись кожного дня. *Lactobacillus rhamnosus GG* (*LGG*) стимулює Th1-відповідь, пригнічує ріст патогенної мікрофлори й стабілізує бар'єрну функцію слизової оболонки. У рандомізованому плацебоконтрольованому дослідженні в дітей, що відвідують дитячі заклади, застосування *LGG* знижувало ризик інфекцій верхніх дихальних шляхів і кількість днів із респіраторними симптомами.

Дієтична добавка **Бекутан Кідс Вітс Мультиімуно** містить вітаміни A, D3, E, C, групи B, фолієву кислоту, йод, кальцій, цинк та *LGG* (5×10^9 КУО в одному саше). Пробіотик розміщено в окремій камері двокамерного саше, що забезпечує стабільність складу під час зберігання. Тривалість курсу становить не менше 14 днів, але оптимальний термін – один місяць.

Насамкінець професор Вакуленко акцентувала увагу на тому, що імунна система дітей нині зазнає дії не лише традиційних, а й додаткових несприятливих чинників. Комплексна дієтична добавка з вітамінами, мінералами і пробіотиком допомагає усунути дефіцит мікронутрієнтів і може застосовуватися і під час захворювання, і в період відновлення дитини після захворювання та з профілактичною метою.

Доповіді, представлені на XXVIII Сідельниковських читаннях, ґрунтуються на спільних принципах: антибіотик слід призначати лише у разі чітких показань, обирати його з урахуванням очікуваного збудника, локальної резистентності та профілю безпеки і своєчасно оцінювати ефективність лікування. За такого підходу пероральні цефалоспорини III покоління, зокрема цефіксим (Сорцеф®), розглядають як обґрунтований варіант стартової та ступінчастої терапії інфекцій сечових шляхів, бактеріальних інфекцій дихальних шляхів і окремих форм інфекційної діареї у дітей. Не менш важливо зменшити потребу в повторних курсах антибіотиків. Цьому сприяє корекція дефіциту мікронутрієнтів і підтримка кишкового мікробіому, зокрема за допомоги комплексної дієтичної добавки з вітамінами, мінералами і *LGG* (Бекутан Кідс Вітс Мультиімуно).

Підготувала ***Юлія Коваль***



Опитування пацієнтів НДСЛ «Охматдит» щодо якості медичних послуг і покращення сервісу

За перше півріччя 2026 р. кількість пацієнтів НДСЛ «Охматдит», задоволених роботою контакт-центру та реєстратури закладу, зросла до 99,6%. Загалом про свій досвід взаємодії з його підрозділами за всіма джерелами зворотного зв'язку схвально відгукнулися 92% пацієнтів. Цих результатів вдалося досягти завдяки спільному проєкту НДСЛ «Охматдит» і БО «Дім Рональда МакДональда Україна». Його мета – покращення обслуговування дитини та її родини, забезпечення турботи і комфорту від першого дзвінка та запису на прийом і протягом госпіталізації та перебування у стаціонарі.

Дім Рональда МакДональда® Україна



«Для нас цей проєкт став важливою частиною системної трансформації взаємодії із пацієнтами «Охматдиту». Щоб забезпечити на кожному її етапі у дитини та її родини відчуття турботи, уваги, безпеку і отримання усієї потрібної інформації, потрібна безнастанна робота. Ми маємо можливість інвестувати у найважливіше – у людей: навчати персонал, розвивати сервісну культуру, впроваджувати єдині підходи до комунікації із пацієнтами», – пояснив завдання проєкту **Єгор Овсієнко, начальник відділу клієнтського сервісу НДСЛ «Охматдит»**

Партнер лікарні – БО «Дім Рональда МакДональда Україна» – впроваджує сучасний підхід до медичного догляду за дитиною, де у центрі уваги – пацієнт і його родина. Організація дбає про сімейні кімнати в найбільших дитячих лікарнях країни, зокрема будує Дім Рональда МакДональда на території НДСЛ «Охматдит» для безкоштовного проживання сімей із важкохворими дітьми. А також проводить освітні проєкти із розвитку сімейно орієнтованої медицини, у яких уже взяли участь 30 000 працівників понад 200 медичних закладів.

Ці трансформації розпочалися з комплексного опитування пацієнтів і аналізу роботи лікарняних сервісів. На основі отриманих результатів було розроблено **стратегію покращення обслуговування й комунікації**. У закладі створено контакт-центр, модернізовано технічне оснащення, оптимізовано розподіл функцій між командами, оновлено роботу реєстратури і вдосконалено вебсайт.



Окремим напрямом стало впровадження єдиних стандартів комунікації з родинами для забезпечення доброзичливого й уважного підходу до пацієнтів та їхніх близьких.

Крім того, було розроблено показники для регулярного оцінювання відгуків пацієнтів і визначення подальших змін.

Лікарі, медичні сести і брати, оператори контакт-центру взяли участь у серії тренінгів із впровадження нових стандартів надання послуг і ефективної комунікації.

Пацієнти вже помітили результати. За перше півріччя 2026 р. 96% отриманих оцінок були позитивними – це на 10% більше порівняно з попереднім періодом. Загалом за цей час лікарня отримала близько 4300 відгуків – у шість разів більше, ніж за весь 2025 р.

Щоб краще порозумітися із пацієнтами та їхніми родинами, у лікарні збільшили кількість каналів зворотного зв'язку і почали проводити глибинні інтерв'ю.

Дослідження охопило всі етапи взаємодії із пацієнтами – від першого звернення до завершення лікування. Паралельно



за перше півріччя 2026 р. контакт-центр «Охматдиту» опрацював на 65% більше вхідних дзвінків, ніж за аналогічний період минулого року. Завдяки цьому кількість записів в поліклініці за цей проміжок часу зросла на 11%.

«Ми прагнемо бути рушієм позитивних змін у медицині та розвивати сімейно орієнтований підхід. Для нас важливо, щоб у центрі уваги завжди залишалася дитина та її родина, їхні потреби і гідність. Сподіваємося, що досвід НДСЛ «Охматдит» стане прикладом для інших лікарень. Він демонструє, як в українській медицині можна системно впроваджувати якісні зміни», – зазначила **Галина Соловей, директорка БО «Дім Рональда МакДональда Україна».**

Анкета читача



Заповніть анкету
та надішліть за адресою:

**ТОВ «Видавничий дім
«Здоров'я України. Медичні видання»
Офіс 23 в, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04215**

Вкажіть відомості, необхідні для отримання тематичного номера «Педіатрія»

Прізвище, ім'я, по батькові .....
.....
Спеціальність, місце роботи .....
.....
.....
Індекс .....
місто .....
село .....
район ..... область .....
вулиця ..... будинок .....
корпус ..... квартира .....
Телефон контактний: .....
E-mail: .....

* Я добровільно надаю вказані в анкеті персональні дані ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання», даю згоду на їх використання для отримання від компанії (її пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних у базу даних компанії, необмежене в часі зберігання даних.

Підпис _____

Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Для нас важливо знати вашу думку!

Анкету також можна заповнити тут:

Чи сподобався вам тематичний номер «Педіатрія»? .....

Назвіть три найкращі матеріали номера.
1. .....
2. .....
3. .....

Які теми, на ваш погляд, варто розглянути у наступних номерах?
.....
.....

Публікації яких авторів вас цікавлять? .....
.....

Чи маєте ви бажання стати автором статті для тематичного номера «Педіатрія»? .....

На яку тему? .....
.....

Чи є наше видання корисним для підвищення вашої кваліфікації? .....
.....

Материнська вакцина, нірсевімаб чи обидва засоби разом: проміжний аналіз рандомізованого дослідження

Уникнути тяжких наслідків інфікування респіраторно-синцитіальним вірусом (РСВ) у немовлят сьогодні можливо завдяки двом незалежним стратегіям: імунізації вагітних і введенню моноклональних антитіл новонародженим. Хоча в чинних педіатричних протоколах рекомендовано обирати лише один інструмент захисту, у реальній клінічній практиці виникають обґрунтовані показання до їх послідовного застосування. Оцінювання такого комбінованого підходу продемонструвало його високу безпеку і здатність формувати стійкий рівень нейтралізуючих антитіл у перші, найуразливіші, місяці життя дитини. Попри те що діти добре переносять подвійний імунний вплив, його розцінюють як надлишковий для більшості здорових немовлят, і він має залишатися цільовою опцією для специфічних клінічних сценаріїв.

РСВ залишається провідною причиною захворювань нижніх дихальних шляхів і госпіталізації немовлят у перші місяці життя [1]. У 2023 р. арсенал педіатра поповнили одразу два принципово різні інструменти профілактики: Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) схвалило бівалентну вакцину на основі префузійного F-білка РСВ (RSVpreF), яку вводять вагітній [2], і моноклональне антитіло тривалої дії нірсевімаб, яке отримує вже немовля – при народженні або на початку свого першого сезону циркуляції вірусу [3]. Обидва підходи, материнська вакцинація [6] та імунопрофілактика нірсевімабом [7, 8], довели високу ефективність проти РСВ-ураження нижніх дихальних шляхів у реєстраційних дослідженнях [4, 5], а згодом і в реальній практиці.

Проте дитині потрібен один із двох механізмів захисту, а не обидва. Американська академія педіатрії (AAP) рекомендує обирати або материнську вакцинацію, або імунізацію немовляти нірсевімабом чи нещодавно схваленим клесровімабом [9, 10]. Проте клінічна реальність складніша за протокол. Виникають ситуації, коли дитина обґрунтовано отримує обидва засоби: якщо вона народилася раніше ніж через 14 днів після материнської вакцинації; якщо у матері можлива субоптимальна імунна відповідь (наприклад, у разі ВІЛ-інфекції); може виникнути прискорена втрата материнських антитіл, зокрема при штучному кровообігу; якщо дитина має підвищений ризик тяжкого перебігу РСВ-інфекції [2]. Моноклональне антитіло рекомендоване також тоді, коли вакцинальний анамнез матері невідомий або вакцинація відбулася під час попередньої вагітності. Однак науковці ніколи не порівнювали два схвалені засоби в одному дослідженні, а їхнє послідовне застосування не вивчали систематично. Цю прогалину заповнив проміжний аналіз дослідження PROMISE, в якому було оцінено безпеку та імуногенність обох засобів окремо й у комбінації.

Матеріали й методи

У проведенні проспективного рандомізованого відкритого дослідження IV фази взяли участь вісім медичних центрів США. Пари мати – дитина були довільно розподілені у співвідношенні 1:1:1:1 ще під час вагітності жінок на чотири групи: 1А – лише материнська RSVpreF-вакцина; 1В – материнська вакцина і нірсевімаб немовляті при народженні; 1С – материнська вакцина і нірсевімаб у віці трьох місяців; 2 – лише нірсевімаб при народженні. Залучали жінок із неускладненою одноплідною вагітністю на терміні від 32 0/7 по 36 6/7 тижня гестації. Набір відбувся із 19 вересня 2024 р. до 28 березня 2025 р., а спостереження за парами тривало 12 місяців після пологів. Наведені дані – проміжний аналіз до 15 травня 2025 р. зі спостереженням за безпекою немовлят до чотирьох місяців. Дослідження отримало схвалення комітету з етики Advarra і зареєстровано на clinicaltrials.gov (NCT06551506).

Нірсевімаб уводили внутрішньом'язово, дозування розраховували залежно від маси тіла: немовлятам груп 1В і 2 – протягом семи днів після народження, групи 1С – на 91-й день (±7 днів). Місцеві й системні побічні реакції відстежували сім днів після імунізації, матерів і немовлят оглядали на 43-й і 91-й день. Серйозні побічні явища в матерів реєстрували до 31-го дня, у немовлят – до 181-го дня. Нейтралізуючу активність сироватки визначали у валідованих реакціях мікронейтралізації зі штамами RSV/A/Tracy (GA1) і RSV/B/18537 (GB1) у клітинах HEp-2 [13, 14], титри нормалізували за міжнародним стандартом ВООЗ [15, 16]. Нижня межа виявлення становила 12,0 МО/мл для РСВ-А і 7,0 МО/мл для РСВ-В. Універсального порогу захисту від РСВ-захворювання досі не існує, тому як орієнтир автори наводять титри з реєстраційних досліджень: середнє геометричне (GMT) титрів нейтралізуючих антитіл (нАт) у немовлят при народженні у дослідженні II фази RSVpreF-вакцини – 28 051 МО/мл (РСВ-А) і 35 326 МО/мл (РСВ-В) [17], а у дослідженні III фази нірсевімабу – 19 737 МО/мл (РСВ-А) на 31-й день [18]. Бракувало даних для формальних порівнянь між групами; GMT розраховували із 95% довірчими інтервалами (ДІ).

Результати

Загалом у дослідженні взяла участь 181 матір; до популяції безпеки увійшли 180 матерів і 179 немовлят. Медіана віку матерів – 32,0 року, гестаційного віку при залученні – 33,3 тижня, при пологах – 39,0 тижня. Майже всі немовлята групи 1 народилися щонайменше через 14 днів після материнської вакцинації (129/135, 96%), а первинні характеристики між групами були порівнянними.

Висновок щодо безпеки однозначний: обидва засоби виявилися безпечними й окремо, і послідовно. Пов'язаних серйозних побічних явищ у матерів не було. Реакції в немовлят після нірсевімабу мали легкий або помірний ступінь тяжкості й рівномірно розподілялися між групами 1В, 1С і 2. Місцеві реакції виникли у 17% немовлят – переважно біль чи чутливість у місці ін'єкції (13%) й еритема (5%); системні – у 60%, найчастіше сонливість або втома і дратівливість чи плач (по 43%). Реактогенність досягала піку на перший-другий день, місцева минала до шостого дня, помірні системні симптоми – до сьомого. Непередбачених явищ 3-го ступеня й вище; пов'язаних явищ, що потребували медичної допомоги, чи серйозних побічних явищ не зареєстровано.

Найцікавішою визнана імунологічна картина, що показує, як два різні механізми формують захист (рисунок). У матерів RSVpreF-вакцинація підвищувала титри нАт до РСВ-А у 17,35 раза і до РСВ-В у 23,98 раза щодо початкового рівня; при пологах вони сягали 8547,0 МО/мл (РСВ-А) та 12 185,6 МО/мл (РСВ-В) і залишалися стабільними впродовж трьох місяців. У невакцинованих матерів групи 2 приросту практично не було. У немовлят від вакцинованих матерів (групи 1А і 1С) титри при народженні були найвищими – GMT 11 791,0 МО/мл (РСВ-А) і 15 552,8 МО/мл (РСВ-В), а до трьох місяців помірно знижувалися, проте лишалися високими (1857,2 і 2224,1 МО/мл). Немовлята від невакцинованих матерів (група 2) стартували з нижчого рівня (1109,0 і 1116,1 МО/мл), однак нірсевімаб при народженні різко змінював траєкторію: на 43-й день середнє геометричне кратності приросту (GMFR) становило 25,12 до пікових 28 980,6 МО/мл (РСВ-А) і 7,43 до 7533,6 МО/мл (РСВ-В), і ці титри трималися впродовж трьох місяців.

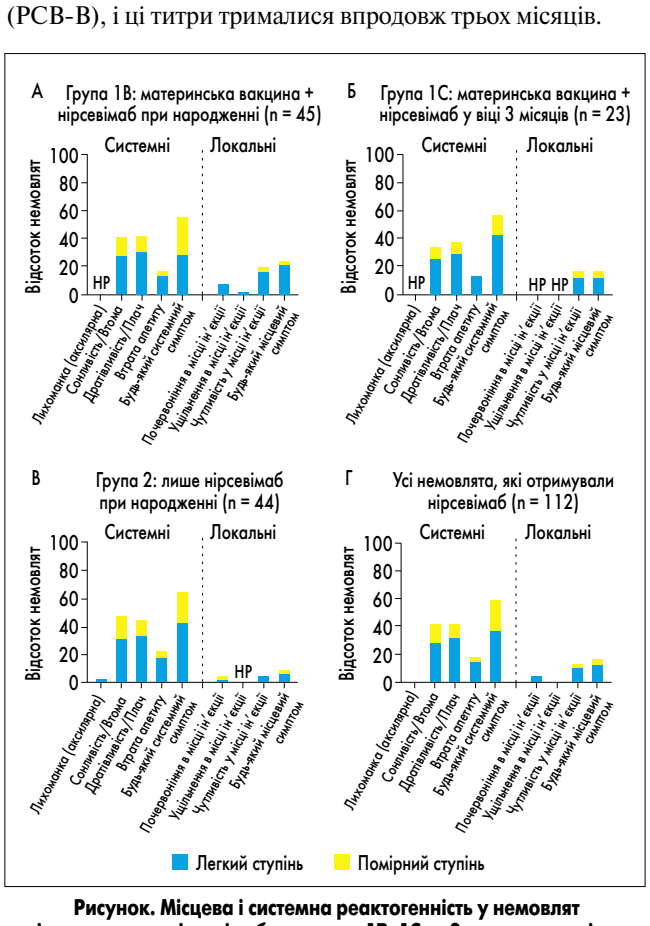


Рисунок. Місцева і системна реактогенність у немовлят після введення нірсевімабу в групах 1В, 1С та 2 протягом періоду проміжного спостереження

Скорочення: НР – немає реакції

Найпоказовіша – група 1В із подвійним впливом, що стартувала з високого рівня завдяки материнським антитілам: РСВ-А при пологах – 11 597,6 МО/мл, і нірсевімаб підвищував їх у 3,53 раза – до 41 052,5 МО/мл у шість тижнів життя. Натомість титри РСВ-В (17 507,7 МО/мл при пологах) після введення суттєво не зростали, досягаючи піку 21 505,4 МО/мл, – друга лінія захисту мало що додає там, де материнський внесок уже великий. Ефективність трансплацентарного переносу підтверджує співвідношення пуповинна кров – материнська сироватка (CMR): воно перевищувало 1 незалежно від вакцинального статусу й антигенної специфічності – 1,36 і 1,37 для РСВ-А і РСВ-В у групі 1 та 1,45 і 1,48 у групі 2.

Обговорення

Згідно з результатами дослідження, комбінація двох засобів безпечна: серйозних побічних явищ не було, а реактогенність лишалася легкою чи помірною. І хоча кожна стратегія формує захист по-своєму – материнська вакцинація дає піковий титр уже при народженні з помірним спадом до трьох місяців, а нірсевімаб у групі 2, навпаки, підіймає рівень після введення й утримує його, – кінцева картина в перші місяці життя виявилася зіставною. Універсального імунного корелята захисту від РСВ немає, проте нейтралізуючі антитіла й антитіла до префузійного F-білка корелюють із захистом і закономірно знижуються в перші місяці [19-23]. Величина титрів після вакцинації та/або нірсевімабу була подібною до тієї, що спостерігали в реєстраційних дослідженнях обох засобів [17, 18].

Оцінювати різницю між двома підходами точніше не за титрами, а за клінічними профілями. Материнська вакцина бівалентна, працює і на матір, і на дитину, захищає з моменту народження й може додатково діяти через грудне молоко, оминає ін'єкцію немовляті й наразі доступніша. Її обмеження – вузьке сезонне (вересень – січень) і гестаційне (32 0/7-36 6/7 тижня) вікно введення та швидше зниження природних антитіл порівняно з моноклональними, що містять заміни YTE [18]. Нірсевімаб забезпечує передбачувано високий і довготривалий титр, а час його введення можна підлаштувати під період максимального ризику, зокрема для дітей групи ризику в другому сезоні [3, 18]. Препарат уводять безпосередньо дитині, оминаючи будь-які ускладнення вагітності. Його недоліки – висока вартість, дефіцит постачання [24], ризик затримки введення і невеликий ризик побічних реакцій, зокрема гіперчутливості чи утворення антитіл до препарату [5, 25]. Можлива й поява резистентних штамів, кількість яких дотепер була невеликою за умови нагляду [26].

Показань до одночасного застосування небагато, і попередні дані свідчать, що така стратегія економічно невиправдана й не потрібна більшості немовлят. Цінність роботи полягає в іншому: коли дитина за клінічними показаннями отримує обидва засоби, це безпечно й гарантує високі титри нАт упродовж трьох місяців життя, зіставні з даними досліджень із доведеною ефективністю [27, 28]. Помірні відмінності титрів, антигенної специфічності й кінетики спаду навряд чи дадуть відчутну різницю захисту в найуразливіші перші місяці.

Водночас невеликий обсяг вибірки не дає змоги ані виявити рідкісні події щодо безпеки, ані робити формальні порівняння; залучення жінок зі здоровою одноплідною вагітністю звужує застосовність до реальних сценаріїв подвійного впливу. У разі відсутності визнаного корелята захисту серологічні дані обмежують екстраполяцію на клінічний результат, тому потрібні більші популяційні дослідження. Перевагою лишається проспективний рандомізований багатоцентровий дизайн.

Отже, материнська вакцинація проти РСВ та імунізація немовлят нірсевімабом – окремо чи послідовно – виявилися безпечними і гарантували високі титри нейтралізуючих антитіл до РСВ-А і РСВ-В, що зберігалися впродовж трьох місяців після пологів. Більшості немовлят обидва засоби не потрібні, але там, де подвійний захист виправданий клінічно, його можна застосовувати послідовно без шкоди для безпеки. І це чи не найпрактичніший результат PROMISE для повсякденної педіатрії.

Реферативний огляд Rostad C.A., Healy C.M., Nayak J.L. et al. (2026) Maternal RSV Vaccination, Infant Nirsevimab, or Both: Interim Analysis of a Randomized Trial. Pediatrics. Jun 1;157(6): e2025075223. doi: 10.1542/peds.2025-075223.

Підготував ***Максим Голуб***

БАКТЕК-MB130 інноваційний сублінгвальний цільноклітинний бактеріальний препарат



Показаний для менеджменту рецидивуючих інфекцій дихальних шляхів для дітей з 6 місяців 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%*



Застосовано більше

121 000 доз

Небажані реакції, про які повідомлялося

лише 7 (0,0058%)

inmunotek
alergia e inmunología

BACTEK® perlingual SPRAY

Інформація призначена для спеціалістів в сфері охорони здоров'я. Повна інформація про препарат, спосіб застосування та побічні ефекти у Інструкції до препарату Бактек-MB 130 та за QR-кодом вище.

1,- Alecsandru et al. *Clin. Exp. Immunol.* 2011. 2.- Garcia González et al. *Hum Vacc & Immunother* 2019. 3.- Guevara-Hoyer et al. *Biomedicines*. 2020. 4.- Sánchez-Ramón et al. *Frontiers Immunol*. 2021
5.- Pérez-Sancristobal et al. *Biomedicines*. 2023. 6.- Ochoa-Grullón et al., *Frontiers immunol*. 2021

Особливості формування імунної відповіді при застосуванні цільноклітинних бактеріальних препаратів і лізатів бактерій

Препарати з бактеріальних антигенів для імунотерапії рецидивних респіраторних інфекцій різняться за типом діючої речовини: лізати містять продукти руйнування бактеріальних клітин, цільноклітинні препарати – інактивовані бактерії зі збереженою клітинною структурою. Від цього залежать показання і регуляторні вимоги, запроваджені в ЄС у 2019 р. У статті розглянуто переваги сублінгвального спрею з цілих інактивованих клітин шести бактеріальних штамів порівняно з оральними краплями з лізатами шести бактерій. Обидва препарати зареєстровані в Україні.

Інфекції верхніх дихальних шляхів, тобто гострі інфекції носа, приносових пазух, глотки й гортані із застудою як типовим прикладом, часто виникають і в дітей, і в дорослих та є однією з основних причин захворюваності легкого ступеня [1]. До інфекцій нижніх дихальних шляхів належить гострий бронхіт, пневмонія і загострення хронічних захворювань легень [2].

Для профілактики й лікування цих станів у 17 країнах ЄС із дотриманням національних процедур зареєстровано препарати бактеріальних лізатів [3, 4]. Результати нових досліджень поставили під сумнів їхню ефективність. Зважаючи на це і на відомий дуже рідкісний ризик серйозних імунологічних реакцій, у 2018 р. розпочато перегляд усього класу [4, 5]. Вимоги, ухвалені за його підсумками, узгоджено з українськими нормами [6]. Тому під час призначення бактеріального препарату лікар має враховувати тип його діючої речовини.

Порівняльна характеристика складу цільноклітинного препарату і бактеріальних лізатів

Сублінгвальний спрей (Іспанія) містить в 1 мл суспензії 300 FTU (приблизно 10^9 бактерій/мл) інактивованих бактеріальних штамів: V101 *S. epidermidis* 15%, V102 *S. aureus* 15%, V104 *S. pneumoniae* 60%, V103 *H. influenzae* 3%, V105 *M. catarrhalis* 3%, V113 *K. pneumoniae* 4% [6, 7]. Кожен штам має власне позначення, а його частку в суміші зазначено у відсотках.

Оральні краплі (Італія) містять в 1 мл суспензії суміш бактеріальних лізатів: *S. aureus* 79,6 АО, *Streptococcus pyogenes* групи А 126,2 АО, *S. pneumoniae* типу 3 63,2 АО, *H. influenzae* типу В 50,2 АО, *Branhamella catarrhalis* 39,9 АО, *K. pneumoniae* 39,8 АО [7].

Обидва препарати містять антигени *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* і *K. pneumoniae*. Головна відмінність полягає в стані антигену: цільноклітинний препарат зберігає клітинну структуру бактерій, лізат є сумішшю продуктів їхнього руйнування (таблиця). Саме за типом діючої речовини визначено різний регуляторний статус двох препаратів [8].

Таблиця. **Порівняльна характеристика препаратів**

Препарат	Цільноклітинний	Лізат
Лікарська форма	Спрей сублінгвальний, суспензія	Краплі оральні, суспензія
Тип діючої речовини	Інактивовані цілі бактеріальні клітини	Бактеріальні лізати
Вміст	300 FTU (≈10^9 бактерій/мл), частка кожного штаму у%	Від 39,8 до 126,2 АО для кожного лізату
Показання у дітей	Профілактика рецидивних бактеріальних інфекцій дихальних шляхів із 6 місяців	Профілактика рецидивних бактеріальних інфекцій верхніх дихальних шляхів з 1 року
Додаток I рішення ЄК 2019 р.	Не входить	Входить
Показання за рішенням ЄК	Не потрібні	Внесені
Нові РКД зі звітом до 31.03.2026	Необов'язкові	Обов'язкові

Механізми формування специфічної та неспецифічної імунної відповіді на MV130

Лізати виготовляють із зруйнованих бактеріальних клітин; вони призначені стимулювати імунну систему розпізнавати інфекції і боротися з ними [3, 6]. Механізм дії цільноклітинного препарату MV130 вивчено завдяки експериментальним дослідженням. Дендритні клітини людини, активовані MV130, індукують Th1- і Th17-відповідь та продукцію IL-10 через сигнальні шляхи RIPK2 і MyD88 [9]. Крім специфічної відповіді на антигени штамів, MV130 формує тренований імунітет.

Згідно з результатами доклінічних досліджень, після застосування препарату зменшувалася захворюваність і летальність при інфекціях, спричинених вірусом грипу А. Захист тривав три місяці й проявлявся навіть за відсутності В- і Т-лімфоцитів, тобто його забезпечували механізми вродженого імунітету. Моноцити людини після контакту з MV130 активніше продукували TNF-α та IL-6 у відповідь на повторну стимуляцію [10].

Регуляторні вимоги EMA до бактеріальних лізатів і статус цільноклітинного препарату

Європейське агентство з лікарських засобів (EMA) розпочало перегляд препаратів бактеріальних лізатів 8 червня 2018 р. відповідно до статті 31 Директиви 2001/83/ЄС [3, 5]. А 9 вересня 2019 р. Європейська комісія (ЄК) ухвалила юридично обов'язкове для всіх держав – членів ЄС рішення, що лізати застосовують лише для профілактики рецидивних респіраторних інфекцій, крім пневмонії [4]. Їх не слід призначати для лікування наявних інфекцій і профілактики пневмонії через брак даних про ефективність [3]. Згадки про лікувальний ефект вилучено, а уточнення «лише при бактеріальних інфекціях» визнано необґрунтованим, оскільки в дослідженнях збудника не ідентифікували [6].

Кожен власник реєстраційного посвідчення на лізат мав провести плацебоконтрольовані подвійні сліпі багатоцентрові рандомізовані клінічні дослідження (РКД) і подати звіт до 31 березня 2026 р. [6]. В Україні інформацію про рішення оприлюднив Державний експертний центр МОЗ [6]. До інструкції оральних крапель внесено зміни: показання обмежено профілактикою рецидивів інфекцій верхніх дихальних шляхів, згадки про лікування гострих станів і профілактику пневмонії вилучено.

Рішення ЄК поширюється лише на препарати, перелічені в додатку I [4]. Бактек-MB130 до цього переліку не входить [4]. На відміну від лізатів, він містить цілі інактивовані клітини шести штамів. В Україні препарат зареєстровано у фармакотерапевтичній групі «Бактеріальні вакцини». Обмеження показань, вимога щодо нових РКД і строку подання звітів до 31 березня 2026 р. на нього не поширюються, а показання для дорослих і дітей від шести місяців залишаються чинними без перегляду [7]. Регуляторний статус, однак, не відповідає на питання про клінічну ефективність – його дають дослідження.

Клінічна ефективність MV130: дані рандомізованих і обсерваційних досліджень

Для лізатів Комітет із лікарських засобів для людини (CHMP) констатував нестачу переконливих даних [4]. Натомість для MV130, діючої основи препарату Бактек-MB130, є результати рандомізованого подвійного сліпого плацебоконтрольованого дослідження в педіатрії: у дітей до трьох років із рецидивним свистячим диханням після шестимісячного сублінгвального курсу кількість епізодів за рік зменшилася на 40% [11].

У пілотному дослідженні зменшення частоти інфекцій супроводжувалося зростанням проліферативної активності антигенспецифічних CD3 +, CD4+ Т-клітин.

Із цими результатами узгоджуються дані реальної клінічної практики: знизилася медіана інфекційних епізодів і кількість курсів антибіотиків у дітей (із 781 до 145) [12, 13].

Ефективність препарату описана й за межами педіатрії. У дорослих із рецидивним тонзилітом додавання MV130 до антибіотикотерапії дало змогу уникнути тонзилектомії у 82% пацієнтів проти 53% (p = 0,023) [14]. У рандомізованому дослідженні III фази у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень частота загострень становила 1,87 проти 2,68 на пацієнторік у групі плацебо (p < 0,001) [15]. Дані щодо MV130 узагальнено в українському систематичному огляді публікацій 2010-2025 рр.: після сублінгвального застосування MV130 зменшилася частота рецидивів респіраторних інфекцій на 68-80% і потреба в антибіотикотерапії, препарат добре переносили діти різного віку [16].

Клінічні групи пацієнтів для призначення препарату Бактек-MB130

Бактек-MB130 зареєстровано для профілактики рецидивних бактеріальних інфекцій дихальних шляхів у дорослих і дітей, зокрема в немовлят від шести місяців, без обмеження верхнім відділом [6]. Оральні краплі з лізатами призначають дітям лише з одного року, а показання і в дітей, і в дорослих обмежені верхніми дихальними шляхами [6]. Для лікування гострої інфекції чи профілактики пневмонії лізати не застосовують [1, 2].

Різниця в показаннях найпомітніша в наймолодших пацієнтів. Якщо в дитини від 6 до 12 місяців інфекції повторюються, з двох порівнюваних препаратів їй показаний лише цільноклітинний [7]. У дітей до трьох років, у яких інфекції супроводжуються епізодами свистячого дихання, дію MV130 вивчали в рандомізованому плацебоконтрольованому дослідженні. У ньому взяли участь діти без сенсибілізації до аероалергенів, у яких після курсу MV130 кількість епізодів за рік зменшилася на 40% [1]. Препарат застосовували по два розпилення під язик щодня протягом шести місяців [11].

Ширше показання препарату має значення і для старших пацієнтів, у яких інфекції уражають не лише верхні дихальні шляхи: для них лізат у краплях не показаний, на відміну від препарату Бактек-MB130. Для дітей і дорослих, які часто отримують антибіотики, важливі дані реальної клінічної практики: після курсу MV130 кількість курсів антибіотиків у дітей зменшилася із 781 до 145 [12]. Оториноларингологам можуть бути корисні результати в дорослих із рецидивним тонзилітом: додавання MV130 до антибіотикотерапії зменшило потребу в тонзилектомії [15].

Отже, Бактек-MB130 відрізняється від оральних крапель із лізатами типом діючої речовини: він містить цілі інактивовані клітини шести бактеріальних штамів зі збереженою клітинною структурою. Показання Бактек-MB 130 охоплюють дітей із шести місяців і всі відділи дихальних шляхів, тоді як лізат у краплях дозволений з одного року і лише для верхніх дихальних шляхів. Дані реальної клінічної практики показують зменшення частоти інфекцій і потреби в антибіотиках при застосуванні MV130. Це дає педіатру, сімейному лікарю й оториноларингологу обґрунтований вибір для імунотерапії рецидивних респіраторних інфекцій у дітей від шести місяців.

Список літератури – у редакції.

Підготувала ***Олена Речмедіна***

Гопантенат кальцію 250 та 500 мг

Когнум

Баланс гальмівних та збуджувальних процесів дитячої нервової системи*





* Інструкція для медичного застосування Когнум.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу КОГНУМ.

Склад: діюча речовина: 1 таблетка містить кальцієвої солі гопантенової кислоти 250 мг або 500 мг; **Показання.** У складі комплексної терапії: - когнітивні порушення при органічних ураженнях головного мозку (у тому числі наслідки нейроінфекції та черепно-мозкових травм); - цереброваскулярна недостатність, викликана атеросклеротичними змінами судин головного мозку; - екстрапірамідні порушення (міоклонус-епілепсія, хорея Гентингтона, гепатолентикулярна дегенерація, хвороба Паркінсона); - епілепсія з уповільненням психічних процесів (у комплексній терапії з протисудомними лікарськими засобами); - психоемоційні перевантаження, зниження розумової і фізичної працездатності (для підвищення концентрації уваги і запам'ятовування); - нейрогенні розлади сечовипускання: енурез, полакіурія, імперативні позиви, імперативне нетримання сечі; - лікарський засіб показаний дітям віком від 3 років із перинатальною енцефалопатією, розумовою відсталістю різного ступеня вираженості, із затримкою розвитку (психічного, мовного, моторного), з різними формами дитячого церебрального паралічу, при гіперкінетичних розладах (синдромі гіперактивності з дефіцитом уваги, тиках), при заїканні (переважно клонічної форми), неврозоподібних станах. **- лікарський засіб показаний дітям віком від 3 років із перинатальною енцефалопатією, розумовою відсталістю різного ступеня вираженості, із затримкою розвитку (психічного, мовного, моторного), з різними формами дитячого церебрального паралічу, при гіперкінетичних розладах (синдромі гіперактивності з дефіцитом уваги, тиках), при заїканні (переважно клонічної форми), неврозоподібних станах. Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів лікарського засобу; гострі тяжкі захворювання нирок. **Спосіб застосування та дози.** Когнум застосовують у складі комплексної терапії. Таблетки слід приймати через 15-30 хвилин після їди. Разова доза для дітей віком від 12 років і дорослих – 250-1000 мг, для дітей віком від 3 до 12 років – 250-500 мг. Добова доза для дітей віком від 12 років і дорослих – 1500-3000 мг, для дітей віком від 3 до 12 років – 750-3000 мг. Курс лікування становить від 1 до 4 місяців, в окремих випадках – до 6 місяців. Через 3-6 місяців можливе проведення повторного курсу лікування. При наслідках нейроінфекцій і черепно-мозкових травм: дітям віком від 3 років і дорослим – по 250 мг 3-4 рази на добу. При цереброваскулярній недостатності: дорослим – по 250 мг 3-4 рази на добу. Для лікування екстрапірамідних порушень, спричинених застосуванням нейролептиків: дітям віком від 12 років і дорослим – по 500-1000 мг 3 рази на добу, дітям віком від 3 до 12 років – по 250-500 мг 3-4 рази на добу. Курс лікування становить 1-3 місяці. При епілепсії у комбінації з протисудомними засобами: дітям віком від 3 до 12 років – по 250-500 мг 3-4 рази на добу, дітям віком від 12 років і дорослим – по 500-1000 мг 3-4 рази на добу, щодня, протягом тривалого часу (до 6 місяців). При психоемоційних перевантаженнях, зниженні розумової і фізичної працездатності: дітям віком від 3 років і дорослим – по 250 мг 3 рази на добу. При розладах сечовипускання: дітям віком від 12 років і дорослим – по 500-1000 мг 2-3 рази на добу, дітям віком від 3 до 12 років – по 250-500 мг (добова доза – 25-50 мг/кг маси тіла) 2-3 рази на добу. Курс лікування – від 1 до 3 місяців. Дітям віком від 3 до 12 років при перинатальній енцефалопатії, розумовій відсталості, із затримкою розвитку, церебральним паралічем Когнум призначають по 500 мг 4-6 раз на добу, щоденно, протягом 3 місяців, при затримці мовного розвитку – по 500 мг 3-4 рази на добу протягом 2-3 місяців. При гіперкінетичних розладах, тиках, заїканні, неврозоподібних станах лікарський засіб призначають дітям віком від 3 до 12 років по 250-500 мг 3-6 раз на добу, щоденно, протягом 1-4 місяців, дітям віком від 12 років і дорослим – по 1500-3000 мг на добу щоденно протягом 1-5 місяців. Тактика призначення лікарського засобу: збільшення дози протягом 7-12 днів, прийом у максимальній дозі впродовж 15-40 днів і поступове зниження дози до відміни Когнуму протягом 7-8 днів. Перерва між курсами терапії становить від 1 до 3 місяців. **Побічні реакції.** Можливі алергічні реакції, включаючи риніт, кон'юнктивіт, висипання на шкірі. При появі алергічних реакцій лікарський засіб слід відмінити. Під час застосування лікарського засобу можливі: кропив'янка, свербіж, гіперемія шкіри, гіперемія обличчя, лущення шкіри. У такому випадку слід зменшити дозу або відмінити лікарський засіб. Можливі неврологічні розлади, включаючи порушення сну або сонливість, шум у голові, які зазвичай короткочасні та не потребують відміни лікарського засобу. **Виробник.** АТ «КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД». Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. 04073, Україна, м. Київ, вул. Копилівська, 38. Web-сайт: www.vitamin.com.ua.

Інформація про лікарський засіб «Когнум» РП №UA/13717/01/01 та UA/13717/01/02 з 30.05.2019 для медичних та фармацевтичних працівників, призначена для розміщення у спеціалізованому виданні, для медичних установ та лікарів. Перед застосуванням лікарського засобу обов'язково ознайомтесь з повним текстом чинної інструкції.

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

Стрес-асоційовані розлади в дітей в умовах війни: тики, заїкання, енурез

Тривала війна створює хронічне психосоціальне навантаження на дітей. До його наслідків зараховують не лише тривогу чи порушення сну, а й неврологічні симптоми: нові або посилені тики, заїкання, повернення нічного нетримання сечі. Із цими проблемами батьки насамперед звертаються до педіатра, тому саме він має вчасно розпізнати зв'язок симптому зі стресом, відкинути органічні причини і визначити, кого з профільних фахівців залучати. Тики, заїкання й вторинний енурез можна розглядати як вияви порушення гальмівного контролю над руховими, мовленнєвими і сечовими рефлексами. Це дає змогу застосовувати однакові принципи лікування: психоосвіту родини, поведінкову й логопедичну корекцію, а за показаннями – медикаментозну підтримку в складі комплексної терапії.

За даними опитування 1238 батьків із різних регіонів України, проведеного в липні-вересні 2022 р., після початку повномасштабної війни частота емоційних, поведінкових проблем і порушень уваги в дітей зросла за всіма 17 пунктами шкали PSC-17 (Pediatric Symptom Checklist) [1]. Насамперед це інтерналізовані симптоми, зокрема 35% батьків помітили більшу тривожність у дитини. Найсильнішими предикторами погіршення визнано безпосередній травматичний досвід війни, наявні раніше психічні розлади і вік дитини.

У дітей, які звернулися по фахову допомогу, тривожність і психологічні розлади були значно тяжчі.

E. Pfeiffer і співавт. за шкалою CATS-2 обстежили 200 пацієнтів віком 4-21 рік, що у 2022-2023 рр. були залучені до травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії [2]. За самозвітами, критеріям посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за DSM-5 відповідали 68,7% учасників віком від семи років, серед дошкільнят – 20 із 21, а критерії комплексного ПТСР за МКХ-11 мала кожна п'ята дитина шкільного віку.

У загальній педіатричній практиці картина інша: Т.Д. Клець і співавт. наприкінці 2023 р. опитали батьків 254 дітей шкільного віку із 16 міст, які звернулися з гострою респіраторною інфекцією [3]. Порушення сну і головний біль мала більшість дітей незалежно від інтенсивності бойових дій у регіоні, тоді як тики й часті позиви до сечовипускання в дітей шести-десяти років траплялися рідко і від зони проживання не залежали.

Гальмівний контроль як спільний механізм розладів

Тики, заїкання й енурез належать до різних клінічних рубрик, однак у кожному з цих станів порушено гальмівний контроль над автоматизованою програмою – рухом, мовленнєвим актом або рефлексом сечового міхура. Гамма-аміномасляна кислота (ГАМК), головний гальмівний медіатор центральної нервової системи, визначає зв'язність і пластичність мозку. Порушення генерації інтернейронів, формування синапсів або регуляції хлорних транспортерів NKCC1 і KCC2 розглядають як один із механізмів нейророзвиткових розладів [4]. У період розвитку ГАМК і гліцин беруть участь також у формуванні нейромоторної системи [5].

Т.Д. Клець зі співавт. пов'язує тики в молодших школярів із незрілістю нервової системи; у підлітків коркові механізми контролю розвинутіші, а стрес частіше проявляється емоційними і поведінковими реакціями [3].

Тики

Згідно із даними метааналізів, синдром Туретта діагностують у 0,30-0,77% осіб до 18 років, хлопчиків серед них приблизно вчетверо більше [6]. Тяжкість тиків зазвичай зростає у 8-12 років. Приблизно половина пацієнтів має супутній синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), а частота обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) коливається від 7 до 50% [6].

Дані про вплив стресу на тики неоднозначні. У лонгітюдному дослідженні за участі 373 дітей із синдромом Туретта і хронічним тиковим розладом, яких спостерігали з 2018-го по 2020 р., сімейний, шкільний і міжособистісний стрес незалежно асоціювався зі зростанням тяжкості тиків за шкалою YGTSS (Yale Global Tic Severity Scale), причому більша кількість стресових подій відповідала тяжчим тикам [7]. Водночас у лабораторному експерименті за участі 31 дитини й підлітка частота тиків під час стрес-тесту знижувалася [8]. Ці результати можна узгодити, якщо розрізняти накопичене протягом місяців навантаження і короткочасний гострий стрес.

Роль ГАМК при тиках вивчали за допомогою МР-спектроскопії. У 68 дітей із синдромом Туретта нижчий рівень ГАМК у додатковій моторній корі асоціювався з частішими й інтенсивнішими передтиковими відчуттями, хоча від контрольної групи рівень ГАМК не відрізнявся і з тяжкістю тиків не корелював [9].

У настанові Європейського товариства з вивчення синдрому Туретта (ESSTS) 2022 р. психоосвіта і поведінкова терапія є першим кроком лікування [10]. Фармакотерапію застосовують, коли поведінкові методи неефективні, недоступні або нездійсненні.

Заїкання

Заїкання розвивається приблизно в 5% дітей, у 65-85% із них плавність мовлення відновлюється до 16 років [11]. У дослідженні L. Iverach та співавт. 75 дітей 7-12 років із заїканням порівнювали із 150 однолітками; схильність до соціального тривожного розладу в них була вищою приблизно у шість разів, будь-якого тривожного розладу – вчетверо [12]. Страх перед очікуваним заїканням посилює порушення плавності мови, а уникання розмови, комунікації з іншими, соціальна тривога стають головними обмежувальними чинниками для багатьох пацієнтів [11].

У нейробіологічних моделях заїкання провідна роль належить базальним гангліям та їхнім зв'язкам із корою головного мозку [13], а серед нейромедіаторних гіпотез найбільше даних підтримують надмірну дофамінергічну активність [11, 13]. Препаратів для лікування заїкання, схвалених Управлінням із контролю якості продуктів харчування і лікарських засобів США (FDA), немає, тому пошук інших варіантів медикаментозної корекції досі актуальний.

Енурез

Енурезом називають нетримання сечі уві сні в дітей від п'яти років; його поширеність у п'ятирічних дітей становить 15%, у семирічних – 10% і 5% – у десятирічних [14]. Енурез вважають вторинним, якщо йому передував сухий період тривалістю понад шість місяців. Згідно із позицією Канадського педіатричного товариства, ця форма часто пов'язана із психологічною або соматичною коморбідністю, а спровокувати її може травма, жорстоке поводження, булінг та інші психосоціальні стресори [14].

T. Nevéus, аналізуючи рекомендації Міжнародного товариства з питань нетримання сечі у дітей (ICCS), пояснює зв'язок енурезу із психологічними проблемами, зниженою самооцінкою дитини через нетримання сечі і частою коморбідністю із СДУГ [15]. Дітей зі значними соціальними труднощами і шкільними проблемами він радить направляти до психолога, проте не зволікати через це із лікуванням енурезу. За канадськими рекомендаціями, лікування слід починати з інформування родини і поведінкових рекомендацій, а за потреби в активному втручанні застосовують енурезний будильник [14].

Обмеження стандартних підходів в умовах війни

У міжнародних рекомендаціях перше місце посідають немедикаментозні методи: психоосвіта і поведінкова терапія при тиках [10], логопедична корекція при заїканні [11], інформування родини і поведінкові рекомендації при енурезі [14]. Важливим складником лікування також вважають усунення стресових чинників, адже саме сімейний, шкільний і міжособистісний стрес асоціюється з наростанням тяжкості тиків [7].

Для українських дітей ця умова здебільшого нездійснення через повітряні тривоги, вимушене переміщення і втрати.

Доступ до поведінкової терапії й логопедичної допомоги в багатьох регіонах також обмежений. Немедикаментозні методи залишаються золотим стандартом лікування, і медикаментозна підтримка їх не замінює. Проте в періоди тривалого стресу, коли ці методи недоступні або їх доводиться відкладати, у локальній практиці емпірично застосовують препарати із зареєстрованими показаннями, зокрема кальцієву сіль гопантенової кислоти.

Кальцієва сіль гопантенової кислоти в комплексній терапії

Когнум (кальцієва сіль гопантенової кислоти, АТ «Київський вітамінний завод») – рецептурний препарат, зареєстрований в Україні для застосування в складі комплексної терапії [16]. Для дітей від трьох років серед показань зазначено гіперкінетичні розлади (СДУГ, тики), заїкання (переважно клонічної форми) і неврозоподібні стани, окремо – нейрогенні розлади сечовипускання: енурез, полакіурію, імперативні позиви, імперативне нетримання сечі [16].

Механізм дії зумовлений прямим впливом гопантенової кислоти на ГАМК-Б-рецептор-канальний комплекс. За даними інструкції, препарат поєднує помірну седативну дію з м'яким стимулювальним ефектом і знижує загальну моторну збудливість [16]. Це може опосередковано сприяти зменшенню частоти тиків або імперативних позивів, однак патогенетичної терапії цих станів препарат не замінює.

Гопантенова кислота є гомологом пантотенової кислоти, у якому β-аланін замінено на ГАМК; на відміну від самої ГАМК, вона проникає через гематоенцефалічний бар'єр [17].

Доказова база гопантенової кислоти в педіатрії обмежена. Єдиний систематичний огляд із метааналізом об'єднав шість невеликих контрольованих досліджень 2011–2019 рр. (439 пацієнтів переважно дитячого віку) з високою неоднорідністю результатів [17]. Частота небажаних явищ у них була порівнянною з плацебо, проте сучасних рандомізованих досліджень саме при тиках, заїканні чи енурезі немає, і якість доказів загалом слід оцінювати як низьку. При тиках, заїканні та неврозоподібних станах дітям 3-12 років за інструкцією призначають 250-500 мг три-шість разів на добу курсом один-чотири місяці; дозу підвищують протягом 7-12 днів, максимальну приймають 15-40 днів, потім упродовж семи-восьми днів знижують до відміни [16]. При розладах сечовипускання дітям 3-12 років призначають 250-500 мг два-три рази на добу (25-50 мг/кг/добу) курсом один-три місяці [16].

Водночас гопантенова кислота є антагоністом пантотенової кислоти: в експерименті вона конкурентно пригнічує пантотенаткіназу й знижує вміст коензиму А в печінці, що в мишей спричиняло тяжку гіпоглікемію [18]. У Японії описано випадки гострої енцефалопатії, подібної до синдрому Рея, на тлі лікування кальцію гопантенатом, які автори пов'язували з індукованим дефіцитом пантотенової кислоти [19]. Тому пацієнтам зі схильністю до метаболічних порушень препарат призначають з обережністю і під контролем стану.

Висновки

Під час війни зростає частота емоційних і поведінкових проблем у дітей, і в деяких із них вони проявляються тиками, заїканням або вторинним енурезом. Міжнародні рекомендації спираються переважно на немедикаментозні методи й усунення стресових чинників, однак в умовах тривалої війни стрес усунути неможливо, а доступ до поведінкової й логопедичної допомоги обмежений. Немедикаментозні методи залишаються основою лікування, а медикаментозну підтримку розглядають як допоміжний емпіричний інструмент на період, коли ці методи недоступні. Кальцієва сіль гопантенової кислоти (Когнум) зареєстрована в Україні для всіх трьох станів, однак доказова база її застосування обмежена, тому рішення про призначення ухвалюють індивідуально з урахуванням профілю безпечності.

Література:

1. McElroy E., Hyland P., Shevlin M. et al. Change in child mental health during the Ukraine war: evidence from a large sample of parents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(5):1495-1502. doi:10.1007/s00787-023-02255-z
2. Pfeiffer E., Garbade M., Sachser C. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children during the war. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2024;18(1):25. doi:10.1186/s13034-024-00715-1. Укр. переклад: Воєнна травма в дітей: аналіз поширеності ПТСР серед українських дітей і підлітків під час воєнного конфлікту. Дитячий лікар. 2026;1(93):33-37.

...

19. Noda S., Umezaki H., Yamamoto K. et al. Reye-like syndrome following treatment with the pantothenic acid antagonist, calcium hopantenate. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1988;51(4):582-585.

Повний список літератури – у редакції.

Підготував ***Максим Голуб***



ВІСНИК
online

щомісячний дайджест
для лікарів

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

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

Health-ua.com
Спеціалізований медичний портал

Видавничий дім «Здоров'я України»

Health-ua.com

Аброцитиніб при середньотяжкому і тяжкому атопічному дерматиті в підлітків і дорослих: результати дослідження JADE EXTEND

Середньотяжкий і тяжкий атопічний дерматит (АД), який не вдається контролювати місцевими засобами, потребує системного лікування, і в підлітків воно нерідко триває роками. Тому під час призначення терапії важливо розуміти, чи зберігається її ефект із часом і як лікування позначається на повсякденному житті пацієнта. Щодо підлітків, які вже не належать до дитячої популяції, але й не є дорослими, потрібні дослідження з тривалим спостереженням, які охоплюють саме цю вікову групу і оцінюють якість життя за спеціальною дитячою шкалою. Саме таким є дослідження JADE EXTEND, дворічні результати якого представлено в статті: підлітки і дорослі отримували пероральний інгібітор JAK1 аброцитиніб, його ефективність оцінювали за станом шкіри, інтенсивністю свербежу, якістю життя і часткою пацієнтів із мінімальною активністю хвороби.

АД – поширене хронічне запальне захворювання шкіри [1, 2]. Свербіж і біль, що його супроводжують, порушують сон, погіршують психічне здоров'я, обмежують трудову і соціальну активність, знижують якість життя [3-5]. Якщо місцева терапія не забезпечує контролю хвороби, пацієнтам потрібні системні засоби. Від них очікують ефективності, переносимості та швидкого полегшення свербежу.

Аброцитиніб – пероральний селективний інгібітор янус-кінази 1 (JAK1) для прийому один раз на добу. Препарат схвалений для лікування середньотяжкого і тяжкого АД у підлітків з 12 років і дорослих [6-10]. У короткострокових дослідженнях аброцитиніб досяг первинних і значущих вторинних кінцевих точок на 12-му або 16-му тижні, його переносимість оцінено як добру. Поліпшення на ≥ 90% за індексом площі та тяжкості екземи (EASI-90) отримали 37-55% пацієнтів, які приймали аброцитиніб 200 мг, і 19-42% пацієнтів, що приймали 100 мг [11-14]. Проміжний аналіз довгострокового продовженого дослідження JADE EXTEND показав клінічно значуще зменшення свербежу і регрес висипань протягом 48 тижнів лікування [15, 16]. У статті, опублікованій у 2026 р. в Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, автори оновлюють ці дані до 112 тижнів, тобто приблизно до двох років.

Дизайн дослідження і характеристика учасників

JADE EXTEND (NCT03422822) – довгострокове дослідження III фази, що триває досі. Воно охопило пацієнтів, які завершили участь в одному із початкових досліджень аброцитинібу [15], зокрема MONO-1, MONO-2, COMPARE, TEEN, MOA і DARE.

Вікові критерії охоплення різнилися залежно від початкового дослідження. У MONO-1 і MONO-2 взяли участь пацієнти віком від 12 років, у COMPARE, DARE і MOA – від 18 років, у TEEN – лише підлітки віком 12-17 років [11-14]. Усі учасники мали середньотяжкий або тяжкий АД. Критерії тяжкості: загальна оцінка лікаря-дослідника (IGA) ≥ 3, EASI ≥ 16, оцінка за числовою рейтинговою шкалою максимальної інтенсивності свербежу (PP-NRS) ≥ 4 бали, ураження ≥ 10% площі поверхні тіла. Крім того, у всіх пацієнтів місцеве лікування було недостатньо ефективним або його неможливо було застосовувати.

Пацієнти, які у початковому дослідженні отримували аброцитиніб 100 мг або 200 мг, продовжували прийом тієї самої дози. Тих, хто раніше отримував плацебо, довільно розподілили за групами залежно від дозування [15]. Дослідник на власний розсуд міг призначати місцеві засоби: емоленти, топічні кортикостероїди, топічні інгібітори кальциневрину і топічні інгібітори фосфодіестерази-4. Інші системні методи лікування АД були заборонені.

Станом на вересень 2022 р. охоплено 1708 пацієнтів: 753 отримували аброцитиніб 100 мг, 955 – 200 мг (таблиця). У першій групі налічувалося 187 підлітків віком 12-17 років (24,8%), у другій – 170 (17,8%). Групи були здебільшого зіставні за демографічними характеристиками. Тривалості лікування ≥ 112 тижнів станом на 5 вересня 2022 р. досягли 425 пацієнтів (56,4%) у групі 100 мг і 403 (42,2%) у групі 200 мг.

Таблиця. **Початкові демографічні та клінічні характеристики пацієнтів**

Характеристика	Аброцитиніб 100 мг 1 р/добу (n = 753)	Аброцитиніб 200 мг 1 р/добу (n = 955)
Вік, n (%)		
12-17 років	187 (24,8)	170 (17,8)
18-64 роки	531 (70,5)	738 (77,3)
≥ 65 років	35 (4,6)	47 (4,9)
Стать, n (%)		
Чоловіча	421 (55,9)	516 (54,0)
Жіноча	332 (44,1)	439 (46,0)
Етнічна належність, n (%)		
Американські індіанці або корінні жителі Аляски	4 (0,5)	9 (0,9)
Азійська	175 (23,2)	228 (23,9)
Темношкірі або афроамериканці	44 (5,8)	44 (4,6)
Змішана	4 (0,5)	12 (1,3)
Корінні жителі Гаваїв або інших островів Тихого океану	1 (0,1)	5 (0,5)
Не зазначено	3 (0,4)	9 (0,9)
Європеоїдна	522 (69,3)	648 (67,9)
Тривалість АД, роки, M (SD)	20,5 (14,8)	21,5 (14,6)
Площа ураження, % поверхні тіла, M (SD)	48,4 (22,6)	46,8 (22,1)
IGA, n (%)		
3 (середньотяжкий)	474 (62,9)	583 (61,0)
4 (тяжкий)	279 (37,1)	372 (39,0)
EASI, M (SD)	29,7 (12,5)	29,6 (12,5)
PP-NRS, M (SD)	7,1 (1,7)	7,3 (1,7)
DLQI, M (SD)	15,3 (6,7)	14,9 (6,6)
CDLQI, M (SD)	13,8 (6,2)	13,5 (6,3)
PtGA, n (%)		
Чиста шкіра	1 (0,1)	0
Майже чиста	6 (0,8)	4 (0,6)
Легкий перебіг	30 (4,0)	27 (4,1)
Середньотяжкий перебіг	326 (43,3)	294 (45,0)
Тяжкий перебіг	360 (47,8)	314 (48,1)
POEM, M (SD)	20,3 (5,9)	20,3 (5,8)

Як оцінювали ефективність

Клінічні кінцеві точки охоплювали частку пацієнтів з IGA 0/1 (чиста або майже чиста шкіра зі зниженням оцінки щонайменше на 2 бали), абсолютним значенням EASI ≤ 7, поліпшенням EASI на 75, 90 і 100% (EASI-75, EASI-90, EASI-100). Свербіж оцінювали за зниженням PP-NRS на ≥ 4 бали (PP-NRS4) і за досягненням 0-1 бала (PP-NRS 0/1). Якість життя дорослих визначали за дерматологічним індексом якості життя (DLQI), підлітків – за CDLQI. Відповіддю для обох шкал вважали 0-1 бал за початкового значення ≥ 2. Додатково визначали частку пацієнтів, які оцінили свій стан на 0-1 бал за PtGA (загальна оцінка пацієнтом), і частку з поліпшенням на ≥ 4 бали за POEM (орієнтована на пацієнта шкала оцінювання екземи).

У довгострокових дослідженнях частина пацієнтів неминуче вибуває, тому пропущені дані аналізували двома способами. Перший – за фактично отриманими даними. Він може завищувати ефективність, оскільки в дослідженні частіше залишаються пацієнти з добрим ефектом і переносимістю. Другий – модифікований метод зарахування до пацієнтів без відповіді (mNRI). За ним пропущені дані до 24-го тижня зараховували як відсутність відповіді, а після 24-го тижня переносили останнє отримане значення.

Стан шкіри і свербіж

Відповідь розвивалася швидко: значна частина пацієнтів досягла EASI ≤ 7, EASI-75 і PP-NRS4 уже до 12-го тижня, і цей ефект зберігався до 112-го тижня. На 112-му тижні в групах 200 мг і 100 мг результати були такими: IGA 0/1 – 57 і 52%, EASI ≤ 7 – 81 і 77%, EASI-75 – 84 і 78%, EASI-90 – 61 і 54%. Повного регресу висипань (EASI-100) досягли 26 і 21% пацієнтів. Зниження свербежу на ≥ 4 бали зафіксовано у 70 і 58%, практично повну відсутність свербежу (PP-NRS 0/1) – у 43 і 33% пацієнтів. Частота відповіді була вищою в групі 200 мг, тобто ефект залежав від дози. Аналіз за методом mNRI показав подібну динаміку за нижчих абсолютних значень: наприклад, EASI-75 на 112-му тижні становив 71 і 64%.

Змінювався й розподіл пацієнтів за ступенями тяжкості АД. На початку лікування 31% учасників мав середньотяжкий (EASI > 7 до ≤ 21), а 69% – тяжкий (EASI > 21) перебіг АД. На 12-му тижні в групі 200 мг частка пацієнтів із середньотяжким перебігом знизилася до 18%, із тяжким – до 4%. У групі 100 мг ці показники становили 28 і 12%. Щонайменше 60% пацієнтів на цьому етапі вже мали легкий перебіг (EASI ≤ 7). Частка пацієнтів із легким перебігом на 112-му тижні сягала 80%. Погіршення на дві градації тяжкості спостерігали рідко, а після 96-го тижня перебіг хвороби стабілізувався.

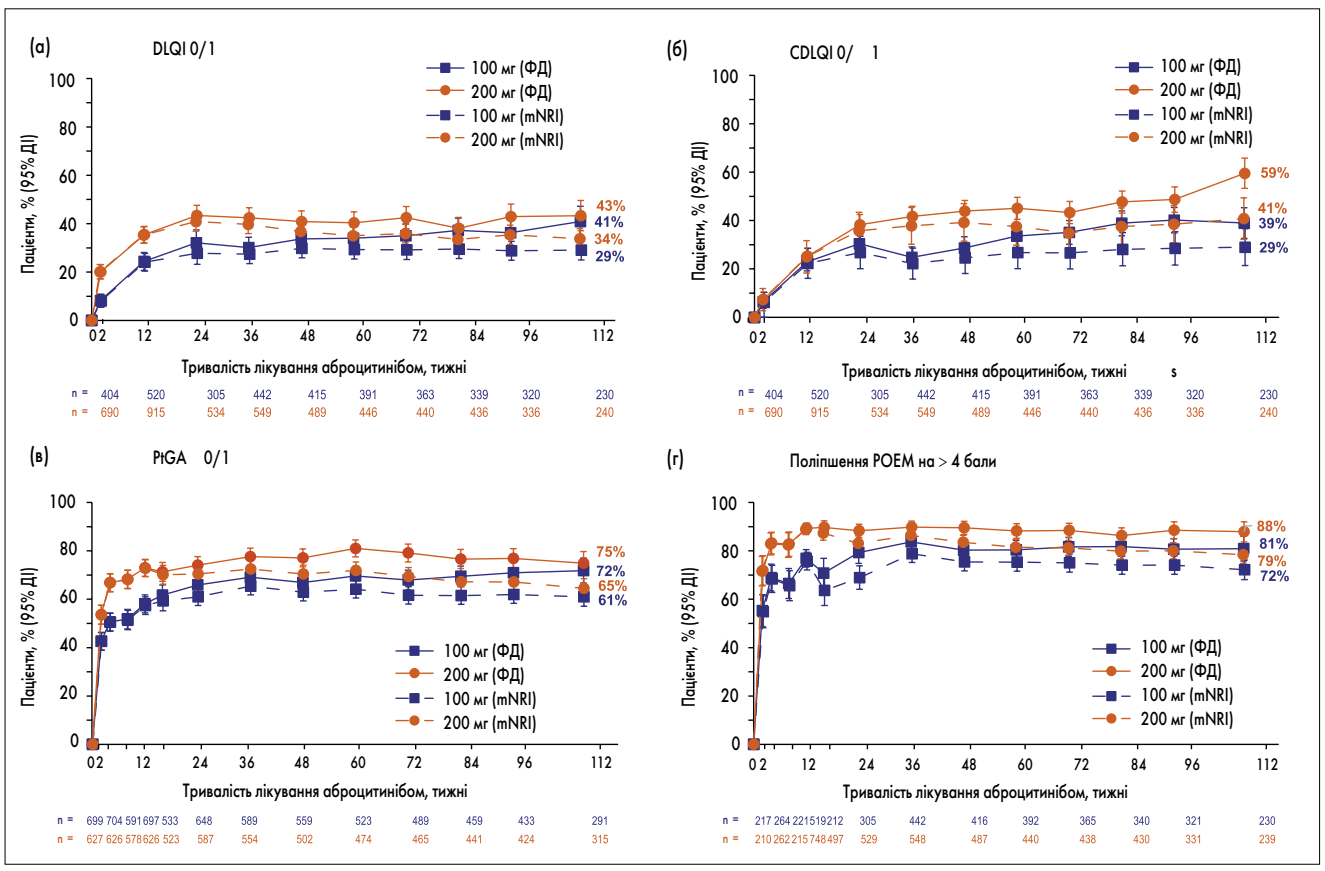


Рисунок. Частка пацієнтів, які досягли (а) DLQI 0/1, (б) CDLQI 0/1, (в) PtGA 0/1 і (г) поліпшення POEM на ≥ 4 бали протягом 112 тижнів лікування аброцитинібом

Якість життя і оцінки пацієнтів

Показники, які оцінюють самі пацієнти, поліпшувалися із другого по 12-й тиждень і зберігалися до кінця спостереження. На 112-му тижні в групах 200 мг і 100 мг DLQI 0/1 мали 43 і 41% дорослих, PtGA 0/1 – 75 і 72%, поліпшення POEM на ≥ 4 бали – 88 і 81% пацієнтів (рисунок).

CDLQI 0/1 на 112-му тижні досягли 59% підлітків у групі 200 мг і 39% – у групі 100 мг. Отже, більшість підлітків, які отримували вищу дозу, наприкінці другого року лікування оцінювали вплив хвороби на своє життя як мінімальний або відсутній. Варто враховувати, що початкові дані CDLQI були доступні лише для 184 підлітків у групі 100 мг і 168 у групі 200 мг.

Мінімальна активність хвороби

Автори використали критерій мінімальної активності хвороби з міжнародних рекомендацій Aiming High in Eczema/Atopic Dermatitis. Він поєднує цільові значення оцінок пацієнта (свербіж, вплив на якість життя) щонайменше з одним клінічним показником [19]. У дослідженні цей стан визначали як одночасне досягнення EASI-90 і PP-NRS 0/1. На 112-му тижні його мали 37% пацієнтів групи 200 мг і 30% групи 100 мг. Частка таких пацієнтів зростала із другого по 12-й тиждень і зберігалася до 112-го тижня, що автори розглядають як підтвердження тривалості відповіді.

Отже, у пацієнтів із середньотяжким і тяжким АД, серед яких підлітки становили близько п'ятої частини, аброцитиніб забезпечував швидке, до 12-го тижня, поліпшення стану шкіри, полегшення свербежу і зростання якості життя. Ефект зберігався протягом двох років лікування й залежав від дози. На 112-му тижні більшість пацієнтів мали легкий перебіг хвороби, а близько третини досягли її мінімальної активності. Серед підлітків, які отримували аброцитиніб 200 мг, 59% наприкінці другого року практично не відчували впливу хвороби на якість життя (CDLQI 0/1). Для педіатра і дерматолога ці дані підтверджують, що в підлітків, яким не допомогло місцеве лікування, пероральна системна терапія може зберігати ефективність не лише на старті, а й протягом тривалого часу.

За матеріалами Gooderham M.J. et al. (2026) Long-term efficacy of abrocitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis to 2 years. J Eur Acad Dermatol Venereol.;00:1-10. https://doi.org/10.1111/jdv.70439

Підготував ***Максим Голуб***

Надруковано за підтримки Представництва «Пфайзер Експорт Бі. Ві.» в Україні

Лікувальна гіпотермія новонароджених із гіпоксично-ішемічною енцефалопатією

Уніфікований клінічний протокол спеціалізованої медичної допомоги

Лікувальна гіпотермія (ЛГ), розпочата в перші шість годин життя у новонароджених із гестаційним віком ≥ 35 тижнів і симптомами помірної або тяжкої гіпоксично-ішемічної енцефалопатії (ГІЕ), достовірно знижує ризик смерті й інвалідності. Для використання цієї спеціалізованої терапії потрібні умови відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) із можливостями церебрального моніторингу, нейровізуалізації та планового катамнестичного спостереження за неврологічними результатами. У будь-якого закладу охорони здоров'я або лікаря, що надає допомогу новонародженим дітям, має бути план дій для своєчасного визначення потреби і початку ЛГ або переведення немовлят із можливою ГІЕ до центру, де використовують цей метод лікування.
В документі представлено загальні підходи до надання допомоги новонародженим, які мають клінічні ознаки ГІЕ і потребують ЛГ. До короткострокових переваг впровадження цих рекомендацій належить зменшення смертності та захворюваності новонароджених, а до довгострокових – зменшення віддаленої неврологічної захворюваності та інвалідності у дітей, що вижили. Однак остаточне рішення щодо оптимального варіанта надання медичної допомоги новонародженій дитині мають ухвалювати відповідні медичні працівники з урахуванням наявних клінічних даних, результатів додаткового обстеження і методів лікування, що застосовувались.

I. Паспортна частина

Діагноз: Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія.
Коди стану або захворювання:
P.91.6 Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія у новонародженого
P91.60 Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія у новонародженого, неуточнена
P91.62 Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія у новонародженого стадії 2.
Стадія 2. Помірна. Введено: судоми
P91.63 Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія у новонародженого стадії 3.
Стадія 3. Уведено: судоми
НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій». 22045-00 Холодова терапія.
Протокол призначений для керівників ЗОЗ, педіатрів-неонатологів, анестезіологів дитячих, педіатрів та інших медичних працівників, які надають спеціалізовану медичну допомогу новонародженим дітям.

Мета протоколу

Забезпечення якості, ефективності та доступності післяреанімаційної медичної допомоги і допомоги новонародженим дітям із ГІЕ з використанням ЛГ.

Коротка епідеміологічна інформація

Близько 4 млн немовлят у світі щороку народжуються в стані асфіксії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, перинатальна асфіксія є третьою за поширеністю причиною смерті новонароджених (23%) і становить 8% усіх смертей у дітей віком до п'яти років. Тобто в усьому світі щороку помирає майже 600 тис. новонароджених, приблизно у такої ж кількості діагностують тяжкі ускладнення – епілепсію, церебральний параліч і затримку розвитку (Walas W. et al., 2020). У 2023 р., за даними Електронної системи охорони здоров'я, в Україні зареєстровано 174 079 пологів, 8024 немовлят народилося з оцінкою за шкалою Апгар < 7 балів, у 600 із них розвинулась важка асфіксія. Щорічно в Україні біля ста доношених немовлят із важкою асфіксією помирають упродовж раннього неонатального періоду (Ковальова О. та інші, 2024).

ЛГ, системна і селективна церебральна, знижує смертність і покращує виживання дітей без неврологічних наслідків до віку 6-12 років, вона є стандартним втручанням у більшості неонатальних центрів розвинених країн. Докази, отримані під час високоякісних мультицентрових досліджень та їх метааналізів, підтверджують, що ЛГ безпечна для доношених і пізніх недоношених немовлят (≥ 35 тижнів вагітності) із помірною або тяжкою ГІЕ.

Зокрема, це втручання забезпечує зменшення поєднаної частоти смертності/інвалідності у дітей із помірною або тяжкою ГІЕ від 45 до 29%, а показника летальності – від 25 до 10%. У немовлят із помірною або тяжкою ГІЕ, яких лікували за допомогою ЛГ, більше шансів мати сприятливі результати розвитку нервової системи (без церебрального паралічу або судом, а також із непорушеним зором і слухом) і нормальну магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку у віці 36 місяців порівняно з дітьми, які не отримували такого лікування (Zanelli S.A. et al., 2026).

ЛГ наразі є єдиним ефективним і безпечним методом лікування помірної або тяжкої ГІЕ, який зменшує смертність і покращує віддалені наслідки для немовлят.

Віддалені негативні неврологічні наслідки можуть виявлятися і після легкої ГІЕ (до 16% немовлят із легкою ГІЕ можуть мати порушення нервового розвитку у віці 18-22 місяців), проте немає доказів, що ЛГ поліпшує довгострокові неврологічні наслідки у таких дітей (Zanelli S.A. et al., 2026).

II. Загальна частина

Неонатальна енцефалопатія – це клінічний синдром порушення неврологічних функцій. Приблизна частота його виявлення після народження становить від одного до шести випадків на 1000 народжених живими. Його проявами є розлади неврологічної діяльності (порушення свідомості, судоми, зниження м'язового тонусу і фізіологічних рефлексів, а також проблеми з годуванням) у перші дні життя немовляти, що народилося на 35-му тижні вагітності або пізніше.

ГІЕ – це один із варіантів неонатальної енцефалопатії, зумовлений зниженням мозкового кровотоку внаслідок клінічно значущої перинатальної та/або неонатальної гіпоксії. Немовлята з ГІЕ потребують госпіталізації до ВІТН. Це захворювання є однією з найпоширеніших причин тяжкого неврологічного дефіциту в дітей унаслідок незворотного ушкодження клітин головного мозку.

Церебральна ішемія є основним механізмом ушкодження головного мозку у дітей з ГІЕ, які перенесли інтранатальну (перинатальну) асфіксію. ГІЕ класифікують як енцефалопатію першої, другої або третьої стадії (відповідно легку, помірну або тяжкого ступеня) за шкалою Sarnat. Вона клінічно маніфестує в перші 72 години після народження і часто супроводжується труднощами, пов'язаними з початком і підтриманням самостійного дихання.

Після проведення первинної реанімації новонародженого до шести годин життя триває латентний період, коли порушення церебрального окисного метаболізму головного мозку можуть бути тимчасовими і ще можливо уникнути незворотного ураження мітохондрій. Ця латентна фаза є терапевтичним вікном для початку нейропротективних утручань, зокрема ЛГ.

Зараз переважно рекомендують системну гіпотермію, оскільки вона простіша, дешевша, забезпечує можливість використовувати електроенцефалографію (ЕЕГ) і доступніша.

ЛГ проводять у ВІТН. За наявності показань це втручання слід розпочати якомога швидше також у ЗОЗ, де немає ВІТН, після консультації з лікарем ВІТН ЗОЗ, куди переводитимуть дитину. Під час охолодження і зігрівання необхідний ретельний клінічний та інструментальний моніторинг стану дитини з огляду на ризик ускладнень, пов'язаних не лише з ГІЕ, а й зі змінами температури тіла дитини. Забезпечення якісної медичної допомоги передбачає також довгострокове міждисциплінарне спостереження за постраждалими дітьми.

III. Основна частина

Визначення новонароджених із ризиком ГІЕ, діагностика й оцінювання стадії (тяжкості) ГІЕ

Положення протоколу. Новонароджені діти, які потребували будь-якої первинної реанімації, особливо розширеної (інтубації трахеї, непрямого масажу серця (НМС) із уведенням епінефрину або без застосування лікарських засобів), або тривалої штучної вентиляції легень (ШВЛ), після стабілізації стану мають перебувати під медичним наглядом у відділенні або палаті інтенсивної терапії новонароджених, оскільки мають значно вищий ризик повторного погіршення стану і виникнення ускладнень (ризик розвитку помірної або тяжкої ГІЕ та інших захворювань).

Після завершення реанімації потрібно якнайшвидше провести повне об'єктивне обстеження дитини і продовжити моніторинг життєво важливих функцій.

Особливості післяреанімаційної допомоги залежать від обсягу і тривалості реанімації, стану дитини на момент її завершення відповідно до уніфікованого клінічного протоколу спеціалізованої медичної допомоги (УКПСМД)«Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 березня 2025 р. № 536.

Під час об'єктивного обстеження новонародженої дитини в динаміці важливо виявляти ознаки ГІЕ і за наявності показань оцінювати появу клінічних симптомів ГІЕ, неврологічний статус дитини щогодини до завершення шостої години життя або до моменту ухвалення рішення про початок ЛГ.

Тяжкість енцефалопатії оцінюють за допомогою інструменту, наведеного у таблиці 1. Ступінь тяжкості ГІЕ не можна точно оцінити під час реанімації, або у стані гіпоксії, або за наявності артеріальної гіпотензії в новонародженого, але це необхідно зробити якомога швидше після стабілізації стану дитини.

Потребу проведення ЛГ слід розглядати у всіх немовлят із клінічними ознаками ГІЕ, оскільки згодом стан деяких новонароджених може погіршитися або покращитися. ЛГ призначають за наявності показань і відсутності протипоказань (розділ IV).

За наявності легкої ГІЕ дитина переважно потребує мінімальної підтримки, а ЛГ не рекомендована з огляду на відсутність користі та потенційну шкоду. За наявності другої або третьої стадії (помірної або тяжкої) ГІЕ необхідний клінічний моніторинг, додаткові обстеження і лікувальні заходи (див. розділ IV).

Обґрунтування. Не існує золотого стандарту, тесту або раннього біомаркера для діагностики ГІЕ, яка є клінічним синдромом. Ризик гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи (ЦНС) збільшується за наявності материнських, плодових/неонатальних чинників ризику, а також значущих інтранатальних ускладнень, що підвищує ймовірність виникнення гіпоксії-ішемії у плода/новонародженого і розвитку небезпечного метаболічного ацидозу. Водночас відповідні чинники ризику виявляють в анамнезі меншої половини дітей із ГІЕ, і їх відсутність не відкидає можливості такого діагнозу.

Виявлення клінічних ознак ГІЕ протягом перших шести годин життя необхідне, щоб своєчасно визначити показання до ЛГ.

Клінічна діагностика стадії (тяжкості) ГІЕ (див. розділ IV) потрібна не лише для визначення показань до ЛГ, а і для оцінювання ступеня ушкодження мозку і віддаленого прогнозу.

Нейросонографічне обстеження (НСГ) у перший день життя необхідне для відкидання нейрохірургічних причин ураження мозку (вентрикулодилатація, крововиливи, структурні аномалії головного мозку, явні кістозні зміни тощо).

Проведення амплітудної електроенцефалографії (аЕЕГ) або ЕЕГ і виявлені за цих обставин зміни можуть свідчити про потребу ЛГ і наявність електрографічних судом.

Таблиця 1. **Інструмент оцінювання тяжкості енцефалопатії**

Оцінити клінічні ознаки за кожним критерієм (Н – нормальний стан / Л – легкі порушення / П – помірні порушення / Т – тяжкі порушення / або О/Н – оцінка недоступна)										
Критерії оцінювання	**Тяжкість енцефалопатії: щогодини записувати ступінь вияву кожного критерію (Н, Л, П, Т, О/Н) справа**				**Години після народження**					
	Н	**Л**	**П**	**Т**	**1 -го дня**	**2 -го дня**	**3 -го дня**	**4 -го дня**	**5 -го дня**	**6 -го дня**
Рівень свідомості	Нормальна реактивність/ пробуджується належним чином	Гіперреактивність	Летаргічний. Труднощі з пробудженням	Ступор або кома						
Самовільна активність	Нормальна	Нормальна або підвищена	Знижена	Немає						
Поза	Нормальна	Нормальна або незначне дистальне згинання	Дистальне згинання	Децеребрація						
Тонус*	Нормальний	Нормальний або підвищений (кінцівки або тулуб)	Гіпотонія (вогнищева або загальна) кінцівок тулуба або шиї	Відсутній						
Смоктальний рефлекс	Нормальний	Нормальний або слабкий	Слабкий	Відсутній						
Мороррефлекс	Сильний	Сильний, низький поріг	Неповний	Відсутній						
Вегетативні ознаки	Зіниці симетричні/реагують на світло, нормальна ЧСС і дихання	Зіниці симетричні/реагують на світло, тахікардія, нормальне дихання	Звуження зіниць; брадикардія або періодичне/нерегулярне дихання	Зіниці розширені або відхилені, не реагують на світло; мінлива ЧСС або апное						
Судоми	Немає	Немає	Часто, вогнищеві або мультивогнищеві	Нечасто (за винятком децеребрації)						
Кількість ознак ГІЕ помірного або тяжкого ступеня										
Дата і час оцінювання										
Підпис лікаря (щогодини)										
Відеомоніторинг (зазначити, якщо його використовували)										
Розглянути потребу ЛГ, якщо у новонародженого є три або більше ознак помірної або тяжкої енцефалопатії АБО судоми в будь-який час протягом перших 6 год після народження**										

Примітки:
** Оцінити тонус обох кінцівок і тулуба/шиї – наявність гіпотонії будь-де свідчить про відхилення від норми.*
*** Якщо встановлено ймовірні показання до ЛГ в лікарні I-II рівня, якомога скоріше сконтактувати з лікарем ВІТН, куди буде переведена дитина. Якщо є проблеми з визначенням показань до ЛГ, слід перевести новонародженого до ВІТН.*

Необхідні дії

Обов'язкові

- Новонародженій дитині з гестаційним віком (ГВ) ≥ 35 тижнів і масою при народженні ≥1800 г, якій надано реанімаційну допомогу після народження і/або результат оцінювання за шкалою Апгар (ОША) якої на першій і п'ятій хвилині < 7 балів або на десятій хвилині ≤ 5 балів, необхідно визначити кислотно-лужний склад (КЛС) пуповинної крові або КЛС крові новонародженого (капілярної, венозної або артеріальної) протягом першої години життя, якщо це можливо.
- Якщо реанімація разом із ШВЛ через ендотрахеальну трубку або маску такої дитини тривала щонайменше 10 хвилин, **або** ОША на десятій хвилині життя становила ≤ 5 балів, **або** pH крові з артерії пуповини чи з периферичної крові в першу годину життя ≤ 7,0, **або** надлишок основ (base excess – BE) ≤ -12 ммоль/л, необхідно:
  - після стабілізації стану новонародженої дитини в пологовій залі (операційній) перевести її у відділення або палату інтенсивної терапії новонароджених (якщо у ЗОЗ нема ВІТН);
  - оцінити наявність клінічних ознак ГІЕ (табл. 1) і показань до ЛГ (розділ IV); вирішити питання призначення ентерального харчування і рідини; розпочати антибактеріальну терапію після забору крові на бактеріологічне дослідження;
  - розпочати моніторинг і підтримку показників життєво важливих функцій: частоти дихання (ЧД), частоти серцевих скорочень (ЧСС), насичення гемоглобіну киснем (SpO_2), тривалості наповнення капілярів, артеріального тиску (АТ), діурезу, температури тіла тощо;
  - у разі відсутності показань до ЛГ підтримувати нормальну температуру тіла, уникаючи перегріву і переохолодження;
  - розпочати електрофізіологічний (церебральний) моніторинг за допомогою аЕЕГ або ЕЕГ у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги;
  - додаткові лабораторні та інструментальні обстеження призначають відповідно до УКПСМД «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим» (наказ МОЗ України від 26.03.2025 № 536).
- Якщо в ЗОЗ нема ВІТН, дитину, що потребує ЛГ, слід якнайшвидше перевести у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги.

У разі відсутності клінічних ознак ГІЕ на момент переводу у відділення (палату) інтенсивної терапії необхідно:

- протягом перших шести годин життя щогодини оцінювати появу симптомів і стадію (тяжкість) енцефалопатії із зазначенням результатів оцінювання письмово відповідно до таблиці 1;
- звертати особливу увагу на появу судом і продовжувати електрофізіологічний (церебральний) моніторинг за допомогою аЕЕГ/ЕЕГ.

У разі появи клінічних ознак ГІЕ і/або відхилень від норми на аЕЕГ у перші шість годин після народження необхідно:

- визначити стадію (тяжкість) ГІЕ;
- продовжити оцінювання стадії (тяжкості) ГІЕ, якщо діагностовано першу стадію енцефалопатії;
- лікувати судоми;
- провести НСГ до завершення першої доби життя;
- призначити лабораторні дослідження крові та інші додаткові обстеження (див. розділ IV);
- ЛГ за наявності показань розпочинають до отримання результатів додаткових досліджень;
- розглянути можливість альтернативних і додаткових діагнозів (наприклад, крововилив під апоневроз, сепсис, інші ураження центральної та периферичної нервової системи, метаболічні синдроми, серцево-судинні аномалії тощо);
- застосувати допоміжні заходи дитині з початковими ознаками ГІЕ (розділ IV).

Бажані

- Розпочати і продовжувати церебральний моніторинг, використовуючи аЕЕГ, у ЗОЗ I-II рівня перинатальної допомоги за наявності можливості.
- У разі відсутності показань до ЛГ підтримувати нормальну температуру тіла дитини за допомогою сервоконтролю обігрівача.
- Направити плаценту і пуповину на морфологічне дослідження для виявлення можливих причин ГІЕ (наприклад, тромбоз у судинах пуповини, ураження судин плаценти, ознаки інфекції або запалення).

Визначення показань до проведення ЛГ

Положення протоколу. Первинна реанімація і початкова стабілізація стану дитини з ризиком або наявною ГІЕ разом із заходами інтенсивної терапії мають пріоритет перед початком ЛГ.

ЛГ показана новонародженим із терміном гестації ≥ 35 тижнів і масою тіла ≥ 1800 г у перші шість годин життя за наявності клініко-лабораторних даних, які свідчать про перенесену інтранатальну асфіксію, що спричинила появу клінічних ознак помірної або тяжкої енцефалопатії.

У разі другої або третьої стадії (помірної або тяжкої) ГІЕ призначення ЛГ можливе за наявності інших критеріїв, зазначених у розділі IV і таблиці 1.

Якщо у новонародженої дитини є дві, а не три ознаки помірної або тяжкої енцефалопатії і потребу ЛГ ще не встановлено, доцільно перевести її до ВІТН для подальшого обстеження і лікування.

За наявності легкої ГІЕ дитина переважно потребує мінімальної підтримки, а ЛГ не рекомендована з огляду на відсутність користі та потенційну шкоду.

Обґрунтування. Щоб досягти оптимальних клінічних результатів, ЛГ потрібно розпочати не пізніше ніж у перші шість годин після народження. Це забезпечує статистично значуще поліпшення виживання зі збільшенням частки дітей із нормальною неврологічною функцією, зменшенням частоти тяжкої інвалідності та порушень розвитку нервової системи (серед них церебральний параліч, затримка розвитку, сліпота).

Необхідні дії

Обов'язкові

- Наявність показань до ЛГ вперше потрібно оцінити після завершення первинної реанімації та стабілізації стану новонародженої дитини; після цього у кожної новонародженої дитини з ризиком або діагностованою ГІЕ в перші шість годин життя щогодини оцінювати наявність показань до ЛГ.
- За наявності показань до ЛГ розпочати охолодження дитини, яка перебуває у ВІТН, у перші шість годин після народження.
- Якщо новонароджена дитина перебуває в лікарні, де нема ВІТН, за наявності показань до ЛГ необхідно розпочати пасивне охолодження (табл. 2) і невідкладно перевести її до ВІТН ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги, попередньо отримавши консультацію фахівців цього ЗОЗ.
- Надати батькам/законним представникам новонародженої дитини із групи ризику щодо виникнення ГІЕ інформацію про це захворювання і отримати інформовану згоду на використання ЛГ.

Охолодження і зігрівання дитини, якій призначено ЛГ

Положення протоколу. ЛГ за наявності показань розпочинають без зволікань до отримання результатів призначених додаткових досліджень.

Якщо дитина народилася у ЗОЗ, де нема ВІТН, за наявності показань до ЛГ розпочати пасивне охолодження відповідно до алгоритму (рис. 1 і 2 розділу IV) після консультації педіатра-неонатолога чи лікаря-анестезіолога дитячого ЗОЗ, до ВІТН якого заплановане переведення дитини.

У ВІТН активне охолодження необхідно використовувати з обов'язковим моніторингом ректальної температури відповідно до алгоритму, наведеного у розділі IV. Активне охолодження здійснюють тільки в умовах ВІТН за допомогою спеціального пристрою із сервоконтролем ректальної температури (системна або краніоцеребральна гіпотермія) або за допомогою охолоджувальних (гелевих) пакетів вручну (системна гіпотермія) із безперервним моніторингом ректальної температури.

Після початку активного охолодження необхідно якомога скоріше досягнути ректальної температури 33,0-34,0 °С. Системна ЛГ передбачає підтримання середньої ректальної температури 33,5 °С (із можливими коливаннями у межах 33,0-34,0 °С) протягом 72 годин. Під час краніоцеребральної гіпотермії рекомендовано підтримувати ректальну температуру 34-35 °С.

Продовження на стор. 24.

Лікувальна гіпотермія новонароджених із гіпоксично-ішемічною енцефалопатією

Уніфікований клінічний протокол спеціалізованої медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 22.

Таблиця 2. **Методи охолодження**

Метод	Опис
Пасивне охолодження (за межами ВІТН)	Помістити дитину у вимкнений інкубатор (відчинити дверцята) або на реанімаційний столик, розпочати постійний моніторинг шкірної температури, виміряти і записати початкову температуру і фіксувати її кожні 30 хв. Не одягати і не накривати дитину. Якщо температура у дитини через 30 хв < 34 °С: • знову зігрівати зі швидкістю 0,5 °С на годину до досягнення температури 33-34 °С; • одягнути шапочку; • встановити на променевому обігрівачі найнижчу температуру, регулюючи її за потреби; • 33-34 °С – підтримувати температуру у цьому діапазоні. Якщо понад 34 °С через дві години або не падає на 0,5 °С кожні 30 хвилин: • розгорнути дитину, використати додаткове охолодження; • проконсультуватися з лікарем ВІТН
Активне охолодження за допомогою спеціального пристрою із сервоконтролем ректальної температури – системна або краніоцеребральна гіпотермія (тільки у ВІТН)	Основний метод. Охолодження дитини за допомогою пристрою для охолодження і зігрівання із сервоконтролем відповідно до програм або інструкцій виробника. Підімкнути датчик ректальної температури до відповідної системи моніторингу для безперервного вимірювання. Під час зігрівання після досягнення ректальної температури 37 °С прикріпити датчик температури до шкіри дитини і вибрати режим сервоконтролю температури. Документувати температуру дитини кожні 30 хв
Активне охолодження за допомогою охолоджувальних (гелевих) пакетів – системна гіпотермія (тільки у ВІТН)	Прикласти охолоджувальні (гелеві) пакети до шиї та голови дитини і поперек тулуба. Якщо ректальна температура: • < 34,5 °С: забрати один/кілька/всі охолоджувальні пакети; • < 34,0 °С: забрати всі пакети; • < 33,0 °С: вручну відрегулювати температуру нагрівача, щоб підвищити ректальну температуру до 33-34 °С. Орієнтовна температура охолоджувального пакета має становити 10 °С (тримати в холодильнику, а не в морозильній камері). Загорнути охолоджувальні пакети у бавовняні пелюшки. Кожні 15 хв спостерігати за контактом шкіри дитини з пакетами і документувати її стан. Підімкнуити датчик ректальної температури до відповідного монітора для безперервного моніторингу. Документувати температуру дитини кожні 30 хв

Таблиця 3. **Побічні ефекти ЛГ**

Аспекти	Опис
Серцево-судинна система	Аритмії – синусова брадикардія (часто). Зниження серцевого викиду. Артеріальна гіпотензія, що потребує лікування з використанням інотропів. Стійка легенева гіпертензія (нечасто)
Апное	Як наслідок: • гіпотермії або ГІЕ; • сповільненого метаболізму седативних препаратів
Гематологічні порушення	Ризик кровотечі через підсилення коагулопатії внаслідок пригнічуваної дії ГІЕ на каскад зсідання крові та тромбоцитопенію
Метаболічні порушення	Зміни у фармакокінетиці ліків (наприклад, метаболізму ліків, які виводяться печінкою або нирками). Можуть бути наслідком гіпоксично-ішемічного ураження органів і ЛГ
Ураження шкіри або м'яких тканин	Набряк шкіри голови. Некроз підшкірної жирової основи: рідкісне, запальне, минуще захворювання шкіри; може виникнути через вплив на тканини надмірно низьких температур. Склерема. Пошкодження шкіри і локальна кровотеча під час охолодження голови
Шлунково-кишковий тракт	Парез
Інфекції	ЛГ не впливає на частоту сепсису. Можлива імуносупресія
Гіпокальціємія	Підвищений ризик порівняно зі стандартним лікуванням, що визначає потребу уважного моніторингу вмісту кальцію в крові. Переважно безсимптомна і не потребує лікування

Клінічний моніторинг стану дитини, яка потребує ЛГ, додаткові обстеження та лікувальні заходи – див. розділ IV.

Необхідно регулярно обговорювати стан дитини з батьками/законними представниками, сприяти їхній участі у догляді за дитиною, надавати інформацію щодо діагностичних і лікувальних заходів.

Обґрунтування. ЛГ є єдиним методом лікування помірної і тяжкої ГІЕ з доведеною ефективністю і безпекою, який зменшує смертність і покращує віддалені наслідки для немовлят із ГІЕ за умови правильного застосування у комплексі з іншими підтримувальними заходами.

Немовлята, які потребують ЛГ, часто мають ушкодження однієї чи декількох систем або органів, серед них нирки, печінка, серцево-судинна система, травний канал і система крові, а також метаболічні розлади.

Важливе раннє виявлення і лікування судом і поліорганного ураження, а також ретельний моніторинг побічних ефектів (табл. 3) і результатів лікування, оскільки під час ЛГ змінюється метаболізм більшості лікарських засобів, зокрема антибіотиків, аналгетиків і седативних засобів.

Батьки немовлят із ГІЕ зазвичай відчувають гострий стрес через серйозність стану їхньої дитини, оскільки точний ранній віддалений прогноз наслідків ГІЕ в перші кілька днів після народження неможливий.

Необхідні дії

Обов'язкові

Перед початком ЛГ

- Катетеризувати вену (бажано пупкову) й артерію (у ВІТН), оскільки гіпотермія може ускладнити доступ до судин.
- Розпочати або продовжити внутрішньовенну інфузію 10% розчину глюкози з розрахунку 60 мл/кг добу із 10% розчином кальцію глюконату (1,5-2,0 мл/кг).
- Забезпечити необхідну дихальну підтримку або кисневу терапію; призначити антибіотики, якщо цього не було зроблено раніше; ввести зонд у шлунок.

Охолодження

- Забезпечити безперервний моніторинг ректальної температури з фіксацією результатів кожні 30 хвилин і кожні 30 хвилин вимірювати аксилярну температуру з фіксацією результатів.
- Розпочати або продовжувати безперервний церебральний моніторинг за допомогою аЕЕГ або ЕЕГ.
- Продовжувати неврологічний моніторинг (стадії Sarnat, судоми) із щогодинною фіксацією результатів.
- Продовжувати моніторинг і корекцію стану життєво важливих функцій (ЧД, SpO_2, ЧСС, АТ, діурез, температура тіла); стану інших систем; вживати необхідні підтримувальні заходи (розділ IV).
- Відстежувати можливу появу ознак побічної дії ЛГ; за наявності судом продовжувати їх лікування.
- Не годувати дитину ентерально або призначити мінімальне ентеральне харчування; у тяжких випадках доцільне відтермінування початку парентерального харчування на 48 годин.
- Якщо у дитини наявні будь-які ознаки болю або виявляється тремтіння, що утруднює підтримання бажаної температури, розглянути необхідність введення седативних лікарських засобів/знеболення, зокрема використання низьких доз морфіну.
- Якщо дитина перебуває на ШВЛ, підтримувати температуру зволожувача на звичайному рівні (як рекомендовано виробником).
- Контролювати загальний аналіз крові (ЗАК) разом із тромбоцитами, рівень електролітів, глюкози крові кожні 12-24 години протягом перших 24-48 годин, функції нирок і печінки, коагуляційний профіль за потреби.

Зігрівання

- Після 72 годин охолодження розпочати зігрівання дитини зі швидкістю не більше ніж на 0,5 °С кожну 1-2 години; тривалість близько 12-16 годин, цільова ректальна температура 37 °С.
- Якщо використовували аЕЕГ (або в ідеалі ЕЕГ у супроводі відеозапису), продовжувати її під час зігрівання, оскільки судомна активність може спостерігатися під час або після зігрівання.
- Продовжити вимірювання температури ректальним датчиком ще протягом щонайменше шести годин після того, як досягнуто показника 37 °С; запобігати рикошетній гіпертермії, яка є шкідливою для дітей із помірною або тяжкою ГІЕ.
- Продовжувати контролювати інші життєво важливі показники, оскільки можлива артеріальна гіпотензія й апное.

Бажані

- За наявності використовувати апаратні засоби активного охолодження (із сервоконтролем температури).
- Зробити МРТ головного мозку на четвертий-п'ятий день життя.

Прогнозування наслідків і планування виписки

Положення протоколу. Для стратифікації ризиків, забезпечення безперервності медичної допомоги, раннього виявлення порушень розвитку дитини і покращення довгострокових результатів здійснюють прогнозування наслідків і планування виписки новонароджених із ГІЕ після ЛГ.

Раннє прогнозування довгострокових наслідків потребує комплексного підходу, що поєднує результати клінічного оцінювання стану дитини і неврологічного обстеження в динаміці (ОША, тяжкість ГІЕ), оцінювання результатів НСГ, аЕЕГ/ЕЕГ, МРТ.

Обґрунтування. Діти після ГІЕ належать до групи високого ризику порушень розвитку, навіть за умови відносно стабільного стану на момент виписки із ЗОЗ.

До несприятливих неврологічних наслідків ГІЕ належить підвищення м'язового тонусу (спастичність), хореоатетоз, дистонія й атаксія (ознаки дитячого церебрального паралічу), судоми, нейросенсорний дефіцит (глухота або сліпота) і когнітивний дефіцит.

Відсутність структурованого підходу до виписки перешкоджає спостереженню, призводить до пізньої діагностики неврологічних порушень, зниження ефективності проведеного втручання.

Прогнозування слід базувати на комплексному оцінюванні клінічних, нейрофізіологічних і нейровізуалізаційних даних, а планування виписки має містити індивідуалізований маршрут довготривалого спостереження і раннього втручання.

Необхідні дії

Обов'язкові

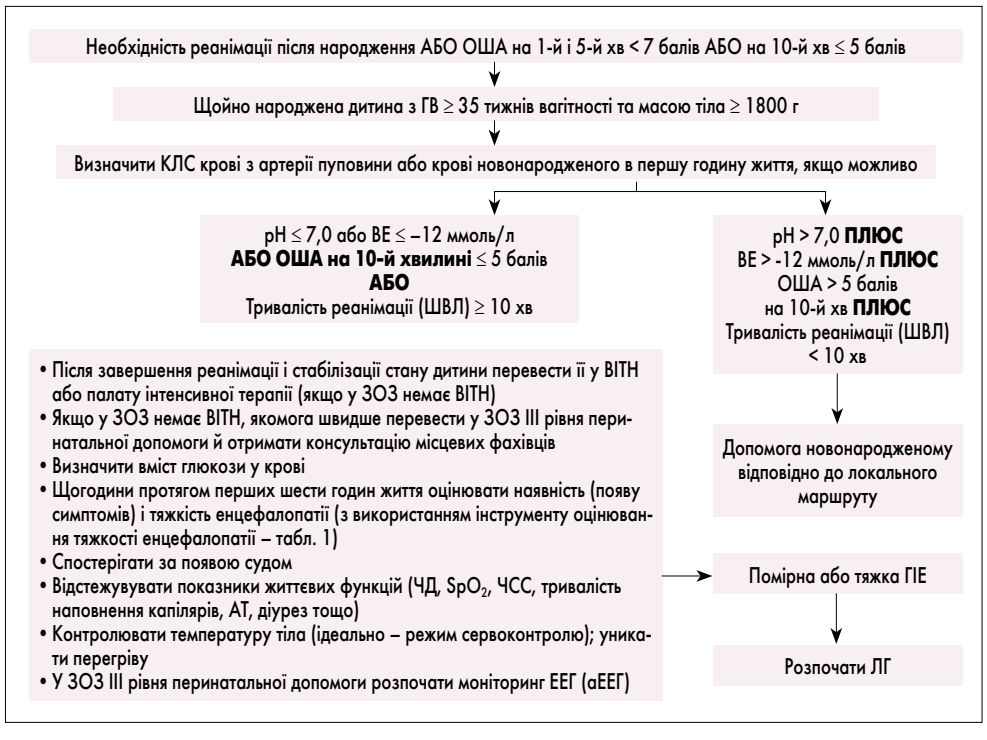
- Під час підготовки до виписки необхідно обговорити з батьками/законними представниками дитини, коли вони будуть готові забрати дитину додому, як вони сприймають інформацію щодо її стану, чи розуміють, що сталося з їхньою дитиною, і що важливо в контексті подальшого лікування і спостереження.
- Про результати обговорення слід зазначити у Формі первинної облікової документації, зокрема інформацію стосовно факторів, що свідчать про несприятливий прогноз наслідків ГІЕ після ЛГ, які наведено у таблиці 4, подальші діагностичні та лікувальні заходи.
- Новонароджених із помірною або тяжкою ГІЕ після ЛГ після виписки потрібно направити до кабінету катамнестичного спостереження для забезпечення подальшої скоординованої мультидисциплінарної допомоги.

Таблиця 4. **Прогнозування наслідків ГІЕ після ЛГ**

Аспекти	Опис
ОША на 10-й хв	У немовлят із помірною або тяжкою ГІЕ: • ОША на 10-й хв 0-3 бали асоціюється з несприятливим прогнозом (смерть або помірна/тяжка інвалідність); • ризик негативного результату знижується у дітей, які отримували ЛГ; • збільшення результату ОША на 10-й хв на кожен бал пов'язане з меншим ризиком смерті або інвалідності
Клінічні маркери	Якщо помірна або тяжка ГІЕ розвинулася у віці < 6 год, ризик несприятливого прогнозу (смерть або помірна/тяжка інвалідність) збільшується у разі: • ознаки тяжкої ГІЕ зберігалися у віці 72 год; • на момент виписки зберігається неврологічна симптоматика (наприклад, клонуси, стиснуті в кулак руки, відсутність блювотного рефлексу, наявність асиметричного тонічного шийного рефлексу) або є необхідність годування через зонд
Охолоджені діти	Якщо дитину з помірною або тяжкою ГІЕ лікували з використанням охолодження, то у віці 18-22 міс. (порівняно з лікуванням без охолодження) зменшується частота: • смерті або помірної/тяжкої інвалідності; • помірно тяжкої або тяжкої форми дитячого церебрального паралічу; • сліпоти; • порушень слуху. Якщо ректальна температура під час ЛГ була < 32 °С, що більш ймовірно у дітей із меншою масою при народженні, то: • існує підвищений ризик артеріальної гіпотензії; • якщо швидко зігріти дитину до рекомендованого рівня (33-34 °С), надмірне охолодження не підвищить ризик смерті чи інвалідності або зниження індексу розумового розвитку у віці 18 міс.
НСГ	НСГ не має чутливості у новонароджених дітей для оцінювання природи і ступеня гіпоксичного-ішемічного ушкодження. Дані НСГ мають низьку прогностичну цінність у новонароджених із ГІЕ
Комп'ютерна томографія	Відсутність чутливості для оцінювання характеру і ступеня травми. Може допомогти в диференційній діагностиці. Зазвичай не рекомендована немовлятам у період новонародженості через високу дозу опромінення
МРТ	Найкраща форма візуалізації для прогнозування результату в новонароджених із помірною або тяжкою ГІЕ. Виконання МРТ у немовляти, яке активно охолоджують, є складним завданням через потребу підтримувати постійну температуру тіла і сумісність обладнання, яке використовують у дитини, з МРТ. За відсутності сумісного з МРТ інкубатора й іншого спеціального обладнання рекомендовано обстежувати дитину після зігрівання, на 4-5 день життя. Обстеження зазвичай можна робити, коли дитина сповита і після годування, уникаючи загальної анестезії. Доцільно розглянути можливість повторної МРТ між 10 і 14 днями життя, якщо візуальні дані та клінічні ознаки не узгоджуються або зберігається діагностична неоднозначність. Характерні зміни у головному мозку, спричинені ГІЕ, охоплюють ушкодження базальних ядер або кори в ділянках термінальних судинних розгалужень. ЛГ не впливає на прогностичну цінність сканувань, виконаних після зігрівання дитини
Магнітно-резонансна спектроскопія	Не є специфічною і чутливою
ЕЕГ	І звичайна ЕЕГ, й аЕЕГ надають інформацію про тяжкість ГІЕ і добре прогнозують віддалені наслідки: • може бути використана невдовзі після народження (якщо доступна); • забезпечує вимірювання церебральної функції в реальному часі. Може сприяти ранній діагностиці та визначенню тяжкості ГІЕ, коли її використовують у контексті клінічних ознак. Нормальна ЕЕГ/аЕЕГ свідчить про сприятливий прогноз
Тяжка ГІЕ і ЕЕГ	Безперервне відстеження низької амплітуди ЕЕГ, спалахів – пригнічення. Дитина може мати нормальний неврологічний результат, якщо на фоновій ЕЕГ електрична активність відновлюється до 48 год життя
Прогнозування результатів і ЕЕГ	У немовлят, які отримують ЛГ до 6-годинного віку, фонова аЕЕГ має чутливість 96% (95% ДІ 89-97%) для прогнозування помірно тяжких і тяжких несприятливих наслідків, але низьку специфічність 39% (95% ДІ 32-45%). Значна аномальна фонова активність на ЕЕГ через 36 і 48 год після народження асоціюється із серйозним ушкодженням мозку на МРТ і подальшими порушеннями розвитку нервової системи

IV. Опис етапів медичної допомоги

1. Алгоритм початкової допомоги новонародженим, які можуть потребувати ЛГ (рис. 1)



2. Діагностичні критерії ГІЕ (табл. 5)

Критерій	Опис
ОША	≤ 5 на 10-й хв життя
КЛС	КЛС пуповинної крові для визначення метаболічного ацидозу: якщо pH крові з артерії пуповини або крові новонародженого ≤ 7,0 та/або BE ≤ -12 ммоль/л (капілярної, артеріальної або венозної), почати об'єктивне обстеження для діагностики ГІЕ. Визначення КЛС крові протягом першої години після народження показано, якщо: • КЛС пуповинної крові не визначали; • стан дитини після народження погіршується; • pH пуповинної крові ≤ 7,0 та/або BE ≤ -12 ммоль/л
Клінічні ознаки	Аномальний стан свідомості: за наявності легкої ГІЕ можлива збудливість/дратівливість. Зменшення спонтанних рухів. Труднощі з диханням (початок і підтримка дихання). Підвищений або знижений м'язовий тонус. Патологічна поза. Аномальні примітивні рефлекси – смоктальний і Моро. Судомна активність. Погане смоктання.
Алгоритм клінічного обстеження	Щогодинні клінічні огляди для встановлення стадії ГІЕ
Ознаки поліорганної недостатності	Можуть містити поєднання ураження нирок, печінки, гематологічні відхилення, серцеву дисфункцію, метаболічні порушення й ураження шлунково-кишкового тракту. ГІЕ може виникнути за відсутності недостатності інших органів
Диференційна діагностика	Метаболічні порушення, вроджені аномалії, менінгіт, гіпоглікемія, тяжка гіпербілірубінемія. Інші причини судом/енцефалопатії у новонароджених (наприклад, внутрішньочерепний крововилив, перинатальний інсульт, синдром відміни, генетичні енцефалопатії, епілепсії)

3. Клінічні критерії визначення стадій ГІЕ (табл. 6)

Стадії	Опис
Легка (1 стадія)	М'язовий тонус може підвищуватися, а глибокі сухожильні рефлекси – бути пожвавленими протягом перших кількох днів. Тимчасові порушення поведінки, як-от погане споживання їжі, дратівливість, може спостерігатися надмірний плач або сонливість. На 3-4 день життя симптоми порушення функції ЦНС зникають. Деякі немовлята матимуть віддалені неврологічні порушення
Помірна (2 стадія)	Дитина млява або має знижену збудливість, зі значною м'язовою гіпотонією і зниженням глибоких сухожильних рефлексів. Мляві або відсутні рефлекси хапання, Моро і смоктання. Може виникати апное. Судоми можуть виникати протягом перших 48 год життя. Повне відновлення неврологічних функцій можливе протягом одного-двох тижнів і пов'язане із кращим довгостроковим результатом: нормалізація показників стандартної ЕЕГ або аЕЕГ (до нормального вольтажу і з відновленням циклу сон – неспання) на 48-72 год життя пов'язана із кращими неврологічними результатами
Тяжка (3 стадія)	Типовими є ступор або кома: дитина не реагує на будь-який фізичний подразник. Дихання може бути нерегулярним, і дитина часто потребує дихальної підтримки. Часто трапляється генералізована гіпотонія і пригнічення глибоких сухожильних рефлексів. Рефлекси новонароджених (наприклад, смоктальний, ковтальний, хапальний і Моро) відсутні. Під час дослідження функції черепних нервів виявляють порушення руху очей (наприклад, косоокість, ністагм, втрата кон'югатних рухів (симптом лялькових очей)). Зіниці можуть бути розширеними, нерухомими або погано реагувати на світло. Судоми виникають рано і часто, спочатку можуть бути стійкими до звичайних методів лікування (відсутність судом не заперечує цієї стадії, якщо наявні інші ознаки): • судоми зазвичай генералізовані, їх частота може збільшуватися протягом 24-48 год після початку, корелюючи з фазою реперфузійного ушкодження; • із прогресуванням ураження судоми можуть зменшуватися, а ЕЕГ залишається або стає ізоелектричною, або демонструє зміни за типом спалах – пригнічення; • у цей час кома може прогресувати, тім'ячко – випинатися, що свідчить про наростання набряку головного мозку

4. Додаткові обстеження новонародженого з ГІЕ (табл. 7)

Обстеження	Опис
Лабораторні дослідження крові	pH і BE пуповинної та венозної проб крові на pH і BE, для виявлення респіраторного і метаболічного ацидозу у дитини: нижчий pH і менший BE є прогностичними ознаками гірших довгострокових результатів – ЛГ може змінити довгострокові результати. Електроліти, глюкоза і лактат (зі зразка крові для визначення газового складу, якщо є така можливість): вищі та триваліше підвищені рівні лактату в сироватці крові спостерігаються у немовлят із несприятливим прогнозом. ЗАК (можливість інфекції, кровотечі, тромбоцитопенії). Якщо є кровотеча, тромбоцитопенія або петехії, дослідити коагуляційний профіль – виміряти протромбіновий час, міжнародне нормалізоване відношення й активований частковий тромбопластиновий час: рекомендовано також для немовлят з ознаками помірної або тяжкої ГІЕ навіть за відсутності кровотечі, тромбоцитопенії або петехій. Кальцій (можна іонізований зі зразка крові для визначення газового складу, якщо є така можливість). Бактеріологічний посів крові. Функціональні печінкові проби на перший або другий день: • вища активність печінкових ферментів корелює з тяжкістю ГІЕ, хоча тяжка ГІЕ може виникати на тлі нормальних показників. Дослідження функції нирок (сечовина і креатин) на перший-другий день: • концентрації креатиніну і сечовини в сироватці корелюють зі ступенем тяжкості ГІЕ; • підвищення рівня креатиніну сироватки понад 26,5 мкмоль/л або підвищення на 150-200% протягом перших 48 год вважають першою стадією гострого ураження нирок. Якщо результати досліджень крові мають відхилення від норми, або якщо є клінічні ознаки помірної або тяжкої енцефалопатії, або ознаки дисфункції інших органів (наприклад, олігурія), повторювати аналізи щодня або частіше
ЕЕГ	Розпочати аЕЕГ або ЕЕГ, щоб підтвердити клінічні або діагностувати електрографічні судоми
Диференційна діагностика	НСГ – обстеження в перший день для визначення нейрохірургічних причин ураження мозку (вентрикулодилатація, крововиливи, структурні аномалії головного мозку, явні кістозні ураження). Завдяки їй не можна визначити точну етіологію неонатальної енцефалопатії, але можна відкинути альтернативні діагнози. Розглянути потребу: • люмбальної пункції (якщо коагуляційний профіль нормальний і кількість тромбоцитів > 20×10^9/л) – якщо немає клінічно явного геморагічного синдрому, відсутність зазначених лабораторних даних не є протипоказанням до люмбальної пункції; • скринінгу на вроджені порушення метаболізму – сеча для амінокислот і органічних кислот, відновних речовин (наприклад, кетони), вміст аміаку, амінокислот у крові тощо; • ідентифікації хромосомних аномалій (якщо дитина має характерний дизморфізм).

Продовження. Початок на стор. 26.

Лікувальна гіпотермія новонароджених із гіпоксично-ішемічною енцефалопатією

Уніфікований клінічний протокол спеціалізованої медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 22.

5. Надання допомоги дітям із початковими ознаками ГІЕ (табл. 8)

Заходи	Опис
Особливості реаніманційних заходів	Немовлята з ГІЕ зазвичай потребують дихальної підтримки після народження. Деякі діти потребують непрямого масажу серця та/або внутрішньовенного введення епінефрину. Забезпечення прохідності дихальних шляхів, підтримка дихання і кровообігу мають пріоритет над охолодженням. Під час і безпосередньо після завершення реанімації слід прагнути до нормотермії, поки у дитини не виникнуть показання до ЛГ. Слід контролювати температуру, щоб уникнути гіпертермії (> 37,5 °С), оскільки температура > 37,5 °С підвищує ризик захворюваності та смертності
Оцінювання за класифікацією Sarnat	Слід оцінювати тяжкість (стадію) ГІЕ в динаміці (класифікація Sarnat) у всіх немовлят, в яких було будь-що із переліченого: • тривала потреба в реанімації – 10 хв або більше (потреба в ШВЛ на 10-й хв життя); • ОША на 10-й хв ≤ 5 балів; • pH ≤ 7,0 та/або BE ≤ -12 ммоль/л (КЛС пуповинної крові або протягом години після народження). Слід фіксувати ознаки ГІЕ і визначати її стадію щогодини, поки не буде ухвалено рішення про потребу ЛГ. Якщо ознаки відповідають критеріям помірної або тяжкої енцефалопатії в перші шість годин після народження, розпочати ЛГ
Моніторинг стану	Забезпечити постійний моніторинг ЧСС, ЧД, насичення гемоглобіну киснем (SpO_2) – запис щогодини. Вимірювати і записувати результати вимірювання АТ і температури тіла щогодини. Контролювати рівень глюкози і газів крові відповідно до клінічного стану дитини. Цільові показники (до початку ЛГ): • насичення гемоглобіну киснем 91-95% за умови призначення додаткового кисню; • середній артеріальний тиск 40-50 мм рт. ст. (розглянути потребу інотропів у разі низького АТ); • температура 36,5-37,0 °С (якщо не почалася ЛГ); • уникати гіпертермії (> 37,5 °С); • парціальний тиск вуглекислого газу ($PaCO_2$) 35-45 мм рт. ст. для пацієнтів на ШВЛ

6. Показання до призначення ЛГ

ЛГ розпочати у новонароджених, які відповідають усім трьом критеріям:

1) ГВ ≥ 35 тижнів, маса тіла ≥1800 г і вік після народження < 6 год;

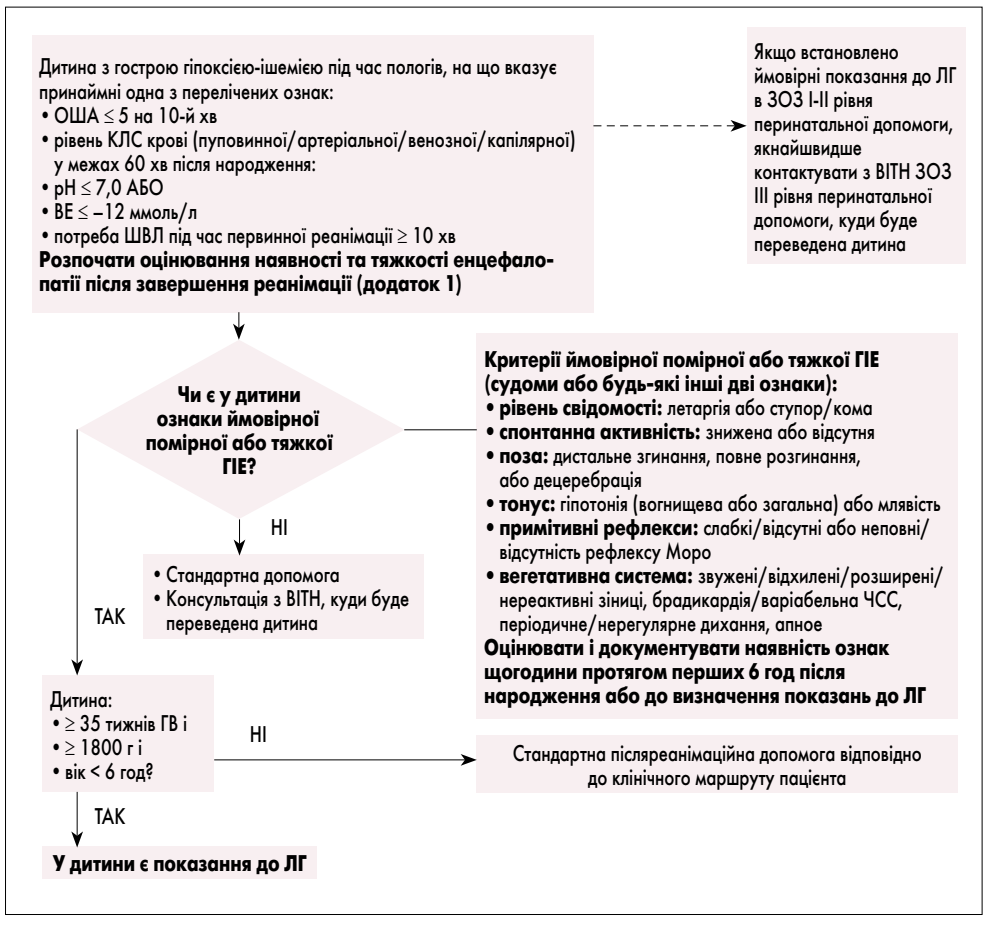
2) дихальна або нервово-м'язова депресія при народженні, про що свідчить будь-що із переліченого:

- pH ≤ 7,0 або дефіцит основ (BE) ≤ -12 ммоль/л у крові з артерії пуповини або крові новонародженого в першу годину життя,
- результат оцінювання за шкалою Апгар ≤ 5 балів на 10-й хв життя,
- тривалість первинної реанімації, також і ШВЛ через ендотрахеальну трубку або маску, щонайменше 10 хв;

3) наявність помірної або тяжкої енцефалопатії, якщо є будь-що з переліченого:

- три або більше ознак помірної або тяжкої енцефалопатії (критерії Sarnat), виявлені в будь-який момент протягом перших шести годин життя,
- дві ознаки помірної або тяжкої енцефалопатії та патологічні зміни (порушена електрична фонова активність або судоми) на аЕЕГ протягом щонайменше 30 хв (наприклад, нижня межа ЕЕГ <5 мкВ),
- судоми, виявлені клінічно або за допомогою аЕЕГ/ЕЕГ.

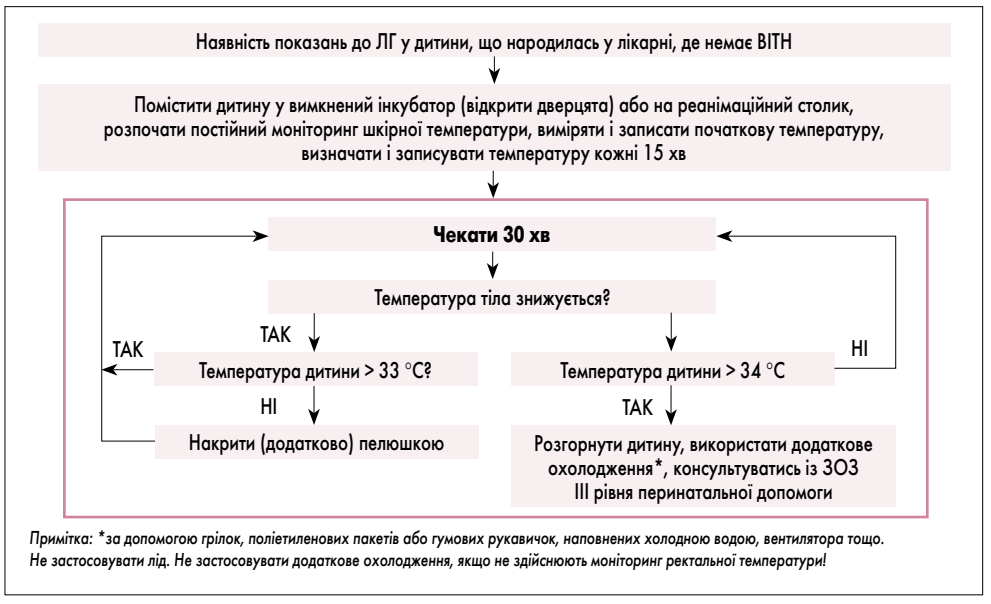
7. Алгоритм визначення показань до початку ЛГ (рис. 2)



8. Протипоказання до призначення ЛГ (табл. 9)

	Опис
Абсолютні протипоказання	Відсутні
Відносні протипоказання	Дитина з неконтрольованою стійкою легеневою гіпертензією новонародженого (СЛГН) – тяжкою гіпоксемією, незважаючи на максимальну терапію. Наявність потенційно летальних вроджених аномалій розвитку. Критична неконтрольована кровотеча. Агональний стан дитини (наприклад, дуже низький АТ або значний ацидоз, що не реагує на лікування), або є серйозні докази малої імовірності прийнятної якості життя: після консультації та погодження з батьками. Ознаки тяжкої пологової травми голови і/або внутрішньочерепного крововиливу: у немовлят, які мають внутрішньочерепний крововилив, охолодження не проводять; доведено, що воно не є корисним і може погіршити коагулопатію. Відсутність інформованої згоди батьків/законних представників
Клінічні ситуації, коли ЛГ можна проводити за наявності показань	Контрольована СЛГН: • відсутність тяжкої сталої гіпоксемії; • комбінований несприятливий результат (смертність та/або тяжка черепно-мозкова травма) такий самий, як у немовлят із СЛГН, які не мали ЛГ; • ЛГ не є протипоказанням для використання оксиду азоту для лікування СЛГН. Підозра або підтвердження сепсису. Аномалії профілю коагуляції, які не виявляються геморагічним синдромом клінічно. Поки діагноз не буде підтверджено й обговорено з батьками: • підозра на нервово-м'язові розлади; • хромосомні аномалії

9. Алгоритм пасивного охолодження (рис. 3)



*Примітка: *за допомогою грілок, поліетиленових пакетів або гумових рукавичок, наповнених холодною водою, вентилятора тощо. Не застосовувати лід. Не застосовувати додаткове охолодження, якщо не здійснюють моніторинг ректальної температури!*

10. Оцінювання, моніторинг стану і підтримувальні заходи в новонароджених, які перебувають на ЛГ (табл. 10)

Заходи	Рекомендації
Початкова стабілізація стану дитини	
Оцінити і стабілізувати стан перед початком ЛГ	Розпочати пасивне охолодження за наявності показань до ЛГ: • помістити дитину (тільки в підгузках) у відкриту систему з вимкненим променевим обігрівачем; • катетеризувати вену (бажано пуповини) і артерію; • гіпотермія може ускладнити катетеризацію; • отримати зразки крові за призначенням лікаря ВІТН. Увести носошлунковий зонд і залишити його на вільному дренажі. Використовувати охолоджувальний пристрій із сервоконтролем (за наявності)
Моніторинг стану під час ЛГ	
Загальний моніторинг	Розпочати постійний моніторинг із щогодинним документуванням: • ЧД, ЧСС та SpO_2; • АТ (якщо інвазійний моніторинг АТ недоступний, вимірювати АТ вручну за допомогою електричного сфігмоманометра). Оцінити наявність генералізованих набряків. Оцінити тривалість наповнення капілярів. Рентгенографія органів грудної клітки за наявності дихальних розладів. КЛС крові. Необхідно стежити за цілісністю шкіри та регулярно змінювати положення дитини під час ЛГ
Температура	Стежити за температурою тіла кожні 30 хв. Під час активного охолодження необхідний постійний моніторинг ректальної температури (увести температурний датчик у пряму кишку на глибину щонайменше 5 см і зафіксувати пластиром; залишати на місці упродовж наступних 84 год). Якщо здійснюють пасивне охолодження (у разі недоступності ректального датчика), необхідні періодичні вимірювання пахвової температури кожні 30 хв
Неврологічний моніторинг	аЕЕГ/ЕЕГ моніторинг. Спостерігати за судомною активністю. Щоденні неврологічні огляди, оскільки ознаки ГІЕ можуть розвиватися протягом 72 год. Під час ЛГ слід оцінювати і щоденно документувати стадію ГІЕ за Sarnat. НСГ і МРТ мозку.
Сеча	Контролювати виділення сечі (діурез). Розглянути потребу метаболічного скринінгу сечі (за можливості)
Інфекція	Може бути наявною одночасно з ГІЕ. Потрібні стандартні лабораторні обстеження для відкидання сепсису (осів крові, дослідження ліквору тощо). Вміст С-реактивного протеїну у крові на тлі ЛГ підвищується і може не бути чутливим маркером інфекції

Заходи	Рекомендації
Лабораторні обстеження	Визначити початковий рівень електролітів, дослідити функцію нирок і печінки, зробити ЗАК (разом із вмістом тромбоцитів). Контролювати рівень електролітів і тромбоцитів кожні 12-24 год протягом перших 24-48 год. Перевірити рівень глюкози у крові. Оцінити коагуляційний профіль. Провести неонатальний скринінг для виявлення спадкової та вродженої патології на 48-72 год життя (згідно з наказом МОЗ України від 01.10.2021 № 2142 «Про забезпечення розширеного неонатального скринінгу в Україні», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 жовтня 2021 р. за № 1403/37025)
Оцінювання стадії ГІЕ за Sarnat	Оцінювати і документувати стадію ГІЕ під час ЛГ
Підтримувальне лікування під час ЛГ	
Дихальна система	Розглянути потребу інтубації та ШВЛ, щоб підтримати прийнятний газообмін. Уникати: • гіпероксії, оскільки вона є чинником ризику несприятливих наслідків у немовлят із ГІЕ, яких лікують за допомогою ЛГ; • гіпокапнії та високого pH, які можуть призвести до тяжкої гіпоперфузії мозку, клітинного алкалозу і гірших неврологічних наслідків. Підтримувати SpO_2 на рівні 92% або вище. Слід забезпечити регулярну зміну положення дитини і санацію дихальних шляхів за потреби
Серцево-судинна система	Можлива артеріальна гіпотензія, шок, кардіомегалія, аритмії або серцева недостатність (зрідка). Слід уникати системної гіпотензії або гіпертензії. Обережно вводити рідину струмінно за відсутності підозри на гіповолемію. Підвищення ЧСС може бути наслідком дистресу, гіповолемії, гіпотензії, судом або призначення інотропів. У доношених новонароджених дітей підтримувати систолічний АТ > 45 мм рт. ст. і лікувати гіпотензію. Уникати надлишкових струмінних уведень рідини і розглянути застосування лікарських засобів з інотропною дією. Розглянути потребу ехокардіографії, оскільки вона може виявити гіповолемію, знижену скоротливу здатність міокарда і кровоплин. Синусова брадикардія (80-100 уд/хв) є поширеною під час ЛГ і може не потребувати лікування, якщо серцевий викид достатній
Рідини й електроліти	Об'єм рідини для початкового введення становить 40-60 мл/кг/добу. Стежити за можливим розвитком синдрому невідповідної секреції антидіуретичного гормону й уникати гіпонатріємії. Уникати гіпоглікемії за допомогою підтримування рівня глюкози ≥ 2,6 ммоль/л. Уникати перевантаження рідиною під час олігурії та гіповолемії після відновлення діурезу. Якщо є можливість, контролювати вміст нефротоксичних препаратів у крові (наприклад, гентаміцину)
Інфекційна патологія	Взяти кров для дослідження на стерильність і призначити антибіотики протягом однієї години після народження (амінопеніциліни і аміноглікозиди). Розглянути потребу люмбальної пункції. Під час ЛГ типове «фізіологічне» зниження кількості лейкоцитів і тромбоцитів
Неврологічні порушення	Помірна або тяжка ГІЕ: розпочати безперервну амплітудно-інтегровану аЕЕГ або ЕЕГ з одночасним відеозаписом (за можливості) і продовжувати протягом 96 год для підтвердження клінічних і виявлення субклінічних судом, а також оцінювання фонової електричної активності мозку
Новонароджений із судомами	І електроенцефалографічні, і клінічні напади потребують протисудомної терапії. Виявлення судом є показанням для термінового дослідження рівня глюкози, кальцію, натрію і магнію в крові. Препаратом першого вибору є фенобарбітал (згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу). Під час тривалої седації можна використати терапію мідазоламом (згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу). Слід розглянути доцільність визначення рівня протисудомних засобів у сироватці крові, особливо в перші 72 год лікування. Незважаючи на те що ГІЕ є основною причиною судом в новонароджених, за наявності рефрактерних судом потрібно враховувати можливість інших причин епілептичної енцефалопатії
Седація/знеболення під час ЛГ	Під час ЛГ змінюється метаболізм більшості ліків, серед них аналгетиків і седативних засобів. У немовлят, яких охолоджують, необхідно уважно спостерігати за наявністю болю і дистресу. Якщо дитина виявляє будь-які ознаки страждання або надмірного тремтіння (може не бути у немовлят), що утруднює підтримання бажаної температури тіла, передбачити необхідність застосування низьких доз морфіну або парацетамолу (обережно і бажано внутрішньовенно). У дітей з енцефалопатією больовий стрес може підсилювати ураження мозку, однак аналгетики також є потенційно нейротоксичними. Аналгезію слід використовувати для процедур, які можуть спричинити біль і страждання, зокрема під час планової інтубації трахеї
Догляд, що підтримує нервовий розвиток	Звести до мінімуму період відокремлення дитини від батьків. Зменшити вплив зовнішнього середовища – шуму, світла. Забезпечити щадний догляд, захищати час сну. Уникати і контролювати біль і стрес. Змінювати положення дитини, щоб уникнути зон постійного натискування, і підтримувати комфорт
Видільна система	Може виникнути олігурія, гематурія, протеїнурія, міоглобінурія, поліурія або гостре ураження нирок. Контролювати баланс рідини. Уникати нефротоксичних лікарських засобів: якщо використовують гентаміцин – збільшити інтервали між уведеннями (наприклад, через 36-48 год). Якщо наявна олігурія/анурія, розглянути доцільність: • катетеризації сечового міхура; • збільшення внутрішньосудинного об'єму крові; припинення подальшого введення аміноглікозиду (гентаміцину)
Метаболічні порушення	Підтримувати нормальний метаболічний статус: може виникнути гіпокальціємія, гіпонатріємія, гіпомагніємія, лактацидоз. Підтримувати рівень глюкози у крові у нормальних фізіологічних межах: регулярно контролювати рівень глюкози в крові
Система крові	Може виникнути тромбоцитопенія, тромбоз, кровотеча або підвищення рівня ретикулоцитів. Увести препарати вітаміну К. Дослідити коагуляційний профіль. Існує високий ризик дисемінованого внутрішньосудинного зсідання крові у разі гіпоксично-ішемічного ураження печінки. ЛГ супроводжується «фізіологічною» коагулопатією, але лише клінічно явна кровотеча потребує лікування. Слід розглянути потребу застосування свіжозамороженої плазми або іншої компонентної терапії; також необхідне повторне введення лікувальної дози препарату вітаміну К
Шлунково-кишкова система	Контролювати показники функції печінки. Є ризик розвитку некротизуючого ентероколіту. Не годувати дитину ентерально або використати мінімальне ентеральне харчування грудним молоком Використовувати молозиво як засіб для догляду за ротовою порожниною, якщо це можливо. Обережно збільшувати об'єм ентерального харчування після зігрівання: • годувати грудним молоком (за наявності); • після ЛГ може виникнути непереносимість харчування. Враховувати можливість накопичення лікарських засобів, які метаболізуються в печінці (наприклад, морфін, мідазолам, фенобарбітал)

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього УКПСМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. Під час розроблення і застосування внутрішніх документів ЗОЗ/КМП необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, внесених до документа, і відповідність призначення лікарських засобів інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України – за посиланням http://www.drlz.com.ua/.

Кадрові ресурси

Педіатр-неонатолог, анестезіолог дитячий; медичні працівники, які беруть участь у наданні медичної допомоги новонародженим дітям.

Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до Табеля матеріально-технічного оснащення, обладнання для апаратної ЛГ, ректальний температурний датчик, апарат аЕЕГ, апарат УЗД для новонароджених, МРТ.

Основні групи лікарських засобів для післяреанімаційної допомоги новонародженим: антибіотики, аналгетики (також і наркотичні), седативні, протисудомні, міорелаксанти, інотропні, глюкокортикостероїди, антигеморагічні; кровозамінники і розчини глюкози, розчини електролітів: (натрію хлорид, кальцію глюконат, калію хлорид, натрію гідрокарбонат, магнію сульфат); розчини для парентерального харчування.

Затверджено наказом МОЗ України № 1116 від 12 серпня 2026 р.
Дата перегляду протоколу: 2031 р.

Текст подано скорочено, його адаптовано й уніфіковано відповідно до стандартів Тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України».
Повний текст – за посиланням
https://www.dec.gov.ua/files/vRlQiVyEy7/dn_1116_12082026_dod.pdf



КНИГА «НОТАТКИ ФАХІВЦЯ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ»

РЕЙТИНГ ★★★★★



ЗАМОВИТИ КНИГУ

HEALTH-UA.COM/LANDiNG/BOOK

СКАНУЙ СКАНУЙ СКАНУЙ СКАНУЙ