

## СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" в Комітеті Верховної Ради  
України з питань охорони здоров'я на тему:  
"Шляхи зменшення дитячої смертності"

29 листопада 2017 року

СИСОЄНКО І.В. Доброго дня усім присутнім! Ми починаємо наш з вами сьогоднішній захід. Я хочу всіх привітати. Хочу сказати, що я дуже рада, що така важлива тема, як боротьба за зменшення дитячої смертності сьогодні призвела до того, що до нас приїхали представники з усіх регіонів України, що серед нас є фахівці, які безпосередньо багато років своєю важкою працею, лікарі та медики, роблять все можливе для того, щоб забезпечувати добробут найціннішого, а найцінніше для кожного з нас – це є наші діти. І хоча це існує в деклараціях представників усіх органів державної влади, і багато народних депутатів постійно говорять про те, що діти – наше майбутнє, що ми маємо багато чого робити, але насправді за результатами того, що існує сьогодні в нашій державі, ми маємо розуміти, що, на жаль, і держава, і медики, і батьки – ми все ж таки повинні мати ще більшу співпрацю, ще більшу відповідальність за все те, що стосується охорони дитинства. Тому дякую всім вам, що ви приєдналися до моєї ініціативи. Я рада, що поруч зі мною є також заступник Міністра охорони здоров'я.

Я вважаю, що побудувати щось в нашій державі ми можемо лише спільною працею, спільною взаємодією. І я дуже хочу, щоб хоча б питання охорони дитинства, питання збереження життя і здоров'я дітей було тим, що нас всіх об'єднує.

Переходимо безпосередньо до нашого з вами "круглого столу". Хочу почати з того, що важливими показниками взагалі оцінки системи охорони здоров'я кожної держави є якраз показник дитячої смертності. Важливим елементом по боротьбі з дитячою смертністю є питання створення національної програми по збереженню життя і здоров'я дітей та запобіганню найпоширеніших хвороб. Важливим є фінансування системи охорони здоров'я і безпосередньо все те, що виділяється у видатках державного бюджету України на медичне забезпечення і безпосередньо будівництво медичних закладів та фінансування всього того, що пов'язано з програмами профілактики, ранньої діагностики дитячих захворювань.

Хочу наголосити на тому, що нещодавно парламент прийняв закон 6327, в якому саме поправками народних депутатів ми чітко передбачили, що саме в державну програму гарантій, за які має оплачувати держава, має входити безпосередньо, окрім первинної ланки надання медичної допомоги, в тому числі ведення вагітності, оплата за пологи і найголовніше – це забезпечення державою фінансово надання медичної допомоги дітям до 16 років. То ж, якщо це прийнято в Законі України, який має бути вже

найближчим часом підписаний Президентом України, то відповідно уряд має підготувати і сформувані механізми реалізації цієї норми.

Також хочу звернути увагу на те, що в форматі реформи охорони здоров'я в наступному році має запрацювати за новими принципами фінансування і розвиток первинної ланки. І тут також надзвичайно важливим є роль педіатрів. Хочу наголосити на те, що на рівні змін до законодавства ми зберегли таку спеціальність, як педіатрія. Це є надзвичайно важливим, і якраз те, що стосується дитинства, наявність педіатрів на первинній ланці і безпосередньо фінансове забезпечення і надання медичної допомоги і на фонди оплати праці для цієї важливої категорії медичних працівників має стати основою в питанні розвитку первинної ланки на наступний рік, як це сформовано задачами держави і як це визначено в видатках бюджету на 2018 рік.

Також хочу окремо звернути увагу на те, що в державі багато років існувала програма національного проекту "Нове життя. Нова якість охорони материнства і дитинства", це безпосередньо створення мережі пренатальних центрів III рівня. Але хочу вам сказати, що, на жаль, не в усіх областях України існують сьогодні пренатальні центри III рівня. Я зараз багато їжджу по Україні і на цьому тижні я була на Волині, я бачила, як там лише добудовується безпосередньо медичний заклад, в якому має вже скоро відкритись пренатальний центр обласного рівня. І це також в питаннях охорони материнства і дитинства пренатальні центри мають величезне значення. То ж держава має бути послідовною в своїй державній політиці і допомагати і сприяти сьогодні областям України, для того щоб всі області мали ті медичні заклади, які беруть на себе важкі патології вагітності, питання недоношених дітей, щоб була фізична можливість, за яких умов виходжувати таких дітей і надавати високий рівень медичного обслуговування як жінкам, так і дітям безпосередньо.

Також звертаю увагу усіх присутніх по такому важливому напрямку, як дитячий травматизм. Скажу особисто про себе, коли в мене з'явилася ініціатива проведення сьогоднішнього такого "круглого столу". Тоді, коли я як народний депутат за проханням мера Білої Церкви поїхала до цього міста в Київській області, тому що була вкрай необхідна потреба допомогти конкретній дитині, 5-річному хлопчику, якого збила машина. І в умовах медичного закладу в Білій Церкві не було можливості фахово консультувати і створювати умови проведення операції, для того щоб врятувати від важкої травми цього хлопчика. То ж відповідно це говорить про те, що якраз побудова взаємодії між I рівнем, II рівнем, III рівнем в питаннях надання допомоги дітям сьогодні є важливим. І в форматі децентралізації ми вже розуміємо, що це питання не лише Міністерства охорони здоров'я, а в тому числі важливим є і створення таких механізмів в органах місцевого самоврядування і побудова відповідних маршрутизаторів, маршрутизації пацієнтів і також саме головне – забезпечення необхідною кількістю

медичних працівників в регіонах. Тому що, на жаль, за цей рік ми бачимо тенденцію, коли велика кількість медиків, на жаль, залишає нашу державу, і це є правдою, майже кожний медичний заклад, особливо західних областей. Ми бачимо статистику, яка є сумною, коли медики просто вимушені залишати Україну і їхати працювати в інші держави, де їх з задоволенням приймають.

То я вважаю, що на наступний рік, користуючись тим, що тут є безпосередньо заступник міністра охорони здоров'я, я хотіла би, щоб ми в форматі підготовки бюджету на наступний рік сформували і збільшили медичну субвенцію на питання оплати праці медичних працівників. Самий основний захисник пацієнта є лікар, тож задача держави є побудувати і захистити медичного працівника. Лише тоді ми надамо медичне обслуговування і забезпечимо доступну якісну медичну допомогу для громадян нашої держави.

І останнє, що я би хотіла вам сказати, то це те, що в Україні прийнятий давно Закон "Про загальнодержавну програму "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" і період, на який би мали би бути до 2016 року сформовані безпосередньо державні програми по реалізації цього закону, на жаль, вони поки що не забезпечені роботою виконавчої гілки влади. Тож це також є важливим питанням і я впевнена в тому, що ці доповіді, які сьогодні будуть розглядатись і ми будемо слухати на нашому з вами заході, що за результатами ми сформуємо ті важливі речі, які мають сформувати подальшу роботу всіх нас: і народних депутатів України, і Міністерство охорони здоров'я, і також усі наші регіони, і медичну спільноту.

Дякую вам за увагу. До нас доєдналась моя колега пані Оксана Корчинська, Перший заступник Голови Комітету з охорони здоров'я і також хочу надати їй слово для привітання. Будь ласка, пані Оксано.

**КОРЧИНСЬКА О.А.** Надзвичайно вдячна, рада всіх вітати. Пані Ірина Сисоєнко - один з кращих депутатів нашого комітету, самий продуктивний, я вважаю, один з продуктивніших депутатів. Це розкіш для нашого комітету по кількості законопроектів, котрі прийняті в галузі медицини. Тому я дуже вдячна їй за організацію і актуальну тему "круглого столу", тому що для нас зараз з вами на часі розробка кількох важливих державних програм.

На жаль, не вдалось за ці останні роки зробити це системно і ми зараз приступаємо, от я приїхала тільки, сьогодні прилетіла з Копенгагену, якраз з центрального офісу, зустрічалась з ЮНІСЕФом і керівництвом ВООЗу. І вони надзвичайно раді допомагати у всьому і в тому числі рекомендують нам все ж таки на створення наших державних програм, підтримують ті програми, які були в нас створені колись, працювали. Якраз пані Ірина це зазвичай постійно наголошує на всіх наших засіданнях комітету.

У нас дуже багато проблем зараз в країні. Перша проблема – це війна. Звичайно, під час війни дуже важко дотримуватися всіх стандартів світових, до яких ми б хотіли прийти, але нам треба йти цим шляхом. Протягом "круглого столу" я би що особисто хотіла почути від вас?

Перше. Ми хотіли би наполягати, у нас в законопроекті про медичну реформу зазначається, що ми з вами обов'язково повинні впроваджувати локальні протоколи. Звичайно, нам треба впроваджувати зараз, повністю переходити на міжнародні протоколи. Що таке перехід для нас на міжнародні протоколи?

Другий крок тоді, котрий буде доцільний, я б хотіла почути вашу оцінку, це все ж таки ліцензування безпосередньо лікарів. На даний момент, нагадую, у нас по законодавству з вами ліцензія видається тільки медичним закладам, а дуже багато нашої лікарської спільноти просять якраз, щоб ми зробили той стандарт, як у більшості європейських країн, коли лікар отримує ліцензію і має право працювати або в кількох закладах, або має право працювати в державному закладі і ввечері орендувати свій же кабінет і бути ФОПом або приватним підприємцем. Це дає ту можливість лікарю тієї свободи, плюс він відповідає за свої знання. А єдина оцінка, котру ми можемо дати і надати йому ліцензію або позбавити, це все ж таки в даному разі дотримання міжнародних протоколів.

І тому я би хотіла, щоб ви, якщо вам не важко, у ваших доповідях це зазначали, тому що це той напрямок, який нам важливо обговорювати на майбутнє, окрім тих проблем, котрі, звичайно, ми би хотіли з вами почути, почути чесну розмову, правдиву сьогодні, все, що вас цікавить і як може допомогти в рішенні цих проблем законодавча влада.

Єдине, прошу не забувати, що Комітет з питань охорони здоров'я – це законодавча все ж таки влада, тобто в наших силах парламентський контроль і робота над новим законодавством, але в тому числі, звичайно, ми можемо і повинні впливати на виконавчу владу.

І сьогодні у нас є з вами заступник виконуючого обов'язки міністра охорони здоров'я Олександр Лінчевський. Я думаю, що теж багато питань буде й до нього. Тому прошу пана Олександра бути з нами максимально довго. Домовились.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, пані Оксано.

Хочу передати слово для першої доповіді, мені приємно, що саме Міністерство охорони здоров'я першим буде висловлювати свою позицію і обговорювати разом з нами питання охорони здоров'я материнства і дитинства.

Будь ласка, Олександр Володимирович Лінчевський.

ЛІНЧЕВСЬКИЙ О.В. Колеги, дякую, що ви тут зібралися. Я не знаю, чим закінчиться цей "круглий стіл", але поки що початок найприємніший з усіх, на яких мені доводилось тут бути. Тому дякую, що ви тут є.

Тут не знаєш, до кого звертатися, бо з одного боку є камера з глядачами, з іншого боку є колеги, і це зовсім інший рівень дискусії, інший рівень спілкування. І дуже часто, на превеликий жаль, ми не звикли до нової ролі міністерства і не звикли розуміти, що міністерство відповідає за формування державної політики в сфері охорони здоров'я. Іншими словами, наша задача зараз, тобто те, що робимо ми в міністерстві, ми робимо на роки, роки вперед. Скажімо, те, що стосується педіатрії чи первинної ланки, ми зараз говоримо про укладання договору з європейськими державами про створення навчальної програми, що триватиме 10 років. От це те, чим насправді мусить займатися міністерство, і воно займається, а не якимись медійним "жовтими" скандалами, якимось дрібницями. Але перш, ніж впливати якимось чином на стратегію взагалі розвитку медичної галузі, перш, ніж впливати на політику не в сенсі телевізора, а в сенсі що нам потрібно, що важливіше, що пріоритетніше – треба добре розуміти, що насправді міністерство приймає рішення, але експертом у цій ситуації є ви, друзі.

Наша програма допомоги, власне, саме на вашу експертну думку, тобто саме на ваші пропозиції ми відгукуємося або не відгукуємося, ми їх приймаємо або не приймаємо, і з запропонованих варіантів розвитку подій обираємо один з них. Але без вашої підтримки, без вашої роботи це буде неможливо.

У нас є дуже гарний приклад кардіологів, котрі створили програму, котрі по суті 10-а слайдами переконали міністерство в необхідності руху в даному напрямку. І уряд виділяє гроші, уряд побачив, яким чином це впливає на здоров'я громадян, уряд побачив, яким чином можна рятувати пацієнтів з інфарктом, відповідно ціла програма розроблена з закупівлею обладнання, з утворенням мережі, з зміною постанов, наказів цієї системи, тобто від фельдшера швидкої допомоги закінчуючи кардіохірургічними втручаннями, тобто це все і в плані паперів, наказів, постанов – тобто це переписана. Тобто вся система кардіології була за це рік зроблена. Але вона зроблена експертним середовищем передусім. Експерти-кардіологи переконали і показали, наскільки це впливатиме. І уряд, задача якого, власне, піклуватися, рятувати життя, побачили оптимальний спосіб. Ми пристали на це, і зараз ця програма запрацювала.

Ми цього чекаємо і від педіатричної, від акушерської спільноти. Ви, можливо, краще знаєте і краще нас зможете переконати в тому, куди нам треба рухатися. Тому приходьте, будь ласка.

Я зустрівся з іншою спільнотою інших фахівців, вони гнівно говорили у виступах, в коментарях, у запитаннях, це були неврологи, якщо чесно. Тобто неврологи, неврологічна спільнота казала, як все погано, і ми

вам принесемо і покажемо і протоколи, і накази, і все – і вони не прийшли. От, вони так пошуміли, поображалися, і не прийшли. Правда, приходьте, будь ласка, тобто я відкритий, давайте спілкуватися – кажіть. Мені потрібна ваша думка, потрібні ваші експертні висновки.

Щодо бачення тепер такого чернеткового. Уряд дивиться яким чином... Маємо обмежений ресурс: обмежений ресурс людський, обмежений ресурс освітній, обмежений ресурс фінансовий. Яким чином його вкласти оптимально для досягнення ефекту, тобто для порятунку більшої кількості дітей? Ми дивимося на структуру смертності, ми бачимо, що основна причина там, де смертність може бути попереджуваною – це передчасно народжені, це вроджені вади. Тобто втручаючись у ці 2 ділянки, ми можемо отримати відносно, тобто при обмеженому ресурсі (це важливий момент!) відносно швидкий ефект. І ми думаємо зараз, і зараз готується стратегія по створенню, власне, не створенню, але по вдосконаленню існуючої мережі перинатальних центрів, про їхнє поєднання з хірургічними відділеннями. Власне, про всю систему взаємодії: від пологового будинку, того, котрий він буде тепер, після реформи, закінчуючи Охматдитом, ПАГОм чи чимось ще – високоспеціалізованою допомогою. Ця мережа має працювати як годинничок. Де треба добудувати – треба добудувати, де ні – треба врегулювати роботу.

О'кей, ми знаємо, що побудувати щось - це є найменш ефективний спосіб комусь допомогти. Отже стоять стіни, стоїть обладнання, припустимо, ми це зробили. Стає легше? Ні, тому що вагітні не направляються своєчасно, ні, тому що працювати немає кому.

Ми говоримо про адекватне навчання лікарів "первинки". І це про той проект міжнародний, про який я кажу, про адекватне, сучасне навчання лікарів "первинки" по правильному веденню вагітної та дитини першого року. Ну ми ж з вами знаємо, що на первинці це найбільший страх. Вагітна: "А!" Маленька дитинка: "А!" – для педіатра це найбільше, це кошмар "первинки". Принаймні так, як зараз є.

Отже, масштабний проект освітній. Вагітна має бути своєчасно направлена на дослідження в той чи інший кабінет. Для цього треба навчити "первинку". Приходить вагітна та УЗД, знову ж таки, хто цей УЗДіст? Чи адекватні є курси для гінекологів, для УЗДістів? Тобто, чи адекватна у них є освіта, чи вони готові працювати? Чи ці дослідження-скринінги виконуються оптимально і сучасно? Знову ж таки, інша програма зараз розробляється по навчанню скринінгу сучасному, який він має бути.

Їдемо далі, народжується дитина. Вроджені вади – зрозуміло. Тобто сама мережа – перинатальний центр, хірургічне відділення – взаємодія і операція в перші п'ять годин, так, як нам би того хотілося б.

Маємо передчасно народжену дитину. Протоколи лікування. Тобто, скільки ми б про це не говорили, є куди вдосконалюватись. Отже сучасний протокол надання допомоги і закупівлі державні згідно сучасних протоколів.

Ми говоримо і просимо звертати увагу на наказ 1422 – перекладати і користуватися. Таким чином, впровадження протоколів на рівні держави, на рівні закладів, плюс формування закупівель препаратів згідно сучасних протоколів.

І, нарешті, отже маємо перинатальні центри, маємо поєднано з хірургією. Маємо скринінгову систему, яка виявляє пацієнтів, направляє своєчасно. Маємо протоколи лікування, маємо закуплені препарати.

Неонатологи. І ми готуємо зараз спільно з нашими іноземними друзями - спільно з Німеччиною, зі Сполученими Штатами, із Польщею - масштабні програми підготовки неонатологів. В нашому розумінні, всі неонатологи, котрі зараз є, вони, так чи інакше, кожен з них в ідеалі, тобто в кожному неонатологічному відділенні принаймні якась частка колективу має пройти стажування за кордоном. І це те, над чим ми зараз працюємо.

Це чернетка, чернетка, тобто це такі грубі нариси того, всієї системи, як вона має бути вибудована. Ясна справа, що це питання не одного місяця, не одного року. Які вдосконалення, які зміни? Тобто які, можливо, речі треба додати, що, можливо, є зайвим, це залежатиме від вас, від вашої роботи. Я закликаю до співпраці. Ще раз дякую. І радий вас бачити.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякую вам, пане заступник міністра. Бачите, ще раз ми говоримо про те, що лише наша спільна робота може дати кращий результат. Тому мені дуже приємно, що ми сьогодні маємо таку спільну зустріч. Я хочу називати це спільною зустріччю. І за результатами нашої зустрічі ми маємо вийти з конкретним планом дій: для народних депутатів – те, що стосується законодавчих змін, для задач і спільної роботи – Міністерство охорони здоров'я разом профільними асоціаціями. Я також підтверджую те, що дуже важливим сьогодні для спільної роботи профільних асоціацій і Міністерства охорони здоров'я є затвердження нових стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів. Тому що навіть питання оплати за державну програму гарантій має відбуватися за зрозумілою вартістю оплати, і також відповідно саме клінічними протоколами має формуватися, а що саме держава має профінансувати в тих чи інших випадках, надаючи медичну допомогу.

Ну і безпосередньо навчання. І тут якраз Оксана Анатоліївна хоче сказати декілька слів. Будь ласка.

КОРЧИНСЬКА О.А. Шановні колеги, з керівництвом Всесвітньої організації охорони здоров'я ми обговорювали кількість наших педіатричних закладів, які відправляють на стажування або на навчання за кордон. Нам була повідомлена цифра, що ми одна із самих пасивних країн в Східній Європі по бажанню вчитися або стажуватися за кордоном. В тому числі, як не парадоксально, нас порівнювали з Казахстаном і Киргизією, і ми поступаємося. У нас абсолютно немає бажання в країні. Щомісяця в світі

тисячі грантів якраз пропонується на навчання, тисячі. Це не залежить від Міністерства охорони здоров'я, і це тим більше не залежить від Комітету з питань охорони здоров'я, а залежить тільки від керівників закладів, які подають заявки. Тому що, наприклад, я була присутня, коли показали, що на той день, що ми були присутні, підписувалися 3 гранти для Казахстану, 4 – для Узбекистану. Я вже не кажу по Східній Європі яка ситуація. Крайня пасивність наших керівників всіх педіатричних закладів, та й взагалі всіх наших медичних закладів пасивність, і педіатрії в тому числі. Керівники ВООЗу запитували, чому така пасивність. Я пояснювала, що, по-перше, на жаль, у нас дійсно ще невисокий рівень знання іноземних мов. Але тим не менше, ну молодь же в нас все одно є і є бажання лікарів підвищувати свою спеціалізацію, стажуватися.

Будь ласка, ми вам надамо інструмент деякий. Ми вже провели переговори з одним великим благодійним фондом Англії, вони готові в тому числі розглянути дуже крупний грант на навчання лікарів по різних дисциплінам педіатрії. Як тільки ми підпишемо рамочну угоду, то ми вам обов'язково оголосимо про це через всі засоби масової інформації. Але, будь ласка, проявляйте інтерес. І я прошу Міністерство охорони здоров'я все ж таки вивісити ці програми по ВООЗу, щодо яких можна звертатися і можна їхати, підвищувати свої можливості, і в тому числі показувати й свої набуття, тому що нам є чим пишатися, без сумніву. Але, тим не менше, оцей взаємообмін і от ця пасивність наших керівників медичних закладів, ну, в ХХІ столітті дивує, дивує, коли світ відкритий і користується цим задоволенням, цими інструментаріями.

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, Оксано Анатоліївно.

Я єдине, що як колишній медичний адвокат, а колишніх не буває, то я хочу просто сказати, що, мабуть, така пасивність через те, що ми знаємо, що багато студентів з різних країн світу їдуть в Україну на здобуття медичної освіти, на в тому числі підвищення кваліфікації. І я знаю, що Україна славиться в усьому світі якістю медичної освіти. Мабуть, саме тому можна сказати, чому така ситуація. Але все одно вибудовувати співпрацю, комунікацію ми зобов'язані.

Тож дякую дуже вам.

Переходимо до нашої програми. Запрошую до доповіді Леоніда Ярославовича Дубея - "Реформування системи медичної допомоги дітям відповідно до європейських стандартів", експерт Міністерства охорони здоров'я за напрямком "Педіатрія".

Будь ласка.

МАМЕНКО М.Є. За дорученням Леоніда Дубея – Маменко Марина Євгеніївна.



СИСОЄНКО І.В. Так, будь ласка, прошу вас.

МАМЕНКО М.Є. Шановні колеги! Я декан педіатричного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти. Ну, звісно, саме на цьому "круглому столі" мені доручили від Української академії педіатрії, яка є асоційованим членом Європейської академії педіатрії, довести до вас бачення стратегічного напрямку руху педіатрії з точки зору євроінтеграції, тому що Європейська академія педіатрії відповідає в Європі за стандартизацію надання медичної допомоги дітям в різних країнах, у тому числі в країнах-асоційованих членах, які мають асоціацію. І до них відноситься, власне, Україна.

У стейтменті Європейської академії педіатрії, який був надрукований два роки тому в журналі "Lancet", зазначається, що діти мають беззаперечне право на здоров'я, безпеку та добробут, діти мають право на доступ до найвищих стандартів медико-соціальних послуг та закладів як у сфері первинної медичної допомоги, так і, в разі необхідності, спеціалізованої допомоги. Будь-яке обмеження надання належної опіки суперечить статті 24 Конвенції ООН про права дитини.

В Європі існують різні національні стратегії надання допомоги дітям і їх можна умовно поділити на три великі групи за моделлю надання допомоги дітям до 18 років, з залученням яких фахівців це відбувається.

Педіатрична модель допомоги існує в багатьох країнах Європи і надає допомогу 35 відсоткам дітей всієї Європи. Але поруч існують моделі, які засновані і базуються на наданні допомоги в системі загальної практики сімейної медицини, і є змішані моделі, коли на первинній ланці працюють одночасно педіатр і лікар загальної практики.

Якщо подивитися на динаміку останніх 10 років, дещо зростає, безумовно, доля лікарів загальної практики сімейної медицини, але все ж таки 80 відсотків дітей у віці до 6 років обслуговуються в Європі виключно педіатрами. Якщо подивитися на ефективність цих моделей, то маємо зазначити, що малюкова смертність в Європі є статистично нижчою саме в країнах, де працює педіатрична система надання допомоги дітям. І максимально високі ці показники є в країнах, де перш за все працюють лікарі загальної практики сімейної медицини і немає поруч педіатра.

Будь ласка, поверніть попередній слайд.

Економічна доцільність впровадження цих моделей. Якщо ми вважаємо, що сімейна медицина є найдешевшою моделлю, то ми маємо знати, що витрати на здоров'я на душу населення в країнах, де працюють педіатри, коли надають допомогу на первинній ланці, є більш дешевою взагалі, тому що педіатри забезпечують більш ефективну профілактику та лікування соціально значущих хвороб.

Будь ласка, наступний слайд.

У тому журналі "Lancet", найбільш відомому медичному виданні, підкреслюється, що спеціаліст первинної ланки в ідеалі має бути педіатром.

Будь ласка, наступний слайд.

Європейська академія педіатрії, до якої входить 31 країна Євросоюзу та 9 асоційованих членів, вважає, що для того, щоб педіатр ідеально надавав допомогу, має працювати система освіти педіатричної, а якщо це все ж таки лікар загальної практики, то він має бути залучений до безперервного навчання в галузі педіатрії та працювати поруч з педіатром, і педіатр за необхідності має надавати якісні консультативні послуги будь-то на амбулаторній ланці чи на етапі госпітальної допомоги.

Будь ласка, наступний слайд.

А це порівняння тих країн, що рухаються разом з нами в європростір, але почали цей рух дещо раніше. Ми бачимо, що ідеальні показники малюкової смертності в Європі має Швеція, вона відноситься до трьох найкращих країн світу, таких як Сінгапур, Японія та Швеція, за показниками малюкової смертності. Так от Естонія та Литва вже майже наблизились до показників Швеції, в той час, як Латвія дещо відстає за цими показниками. Так само відстаємо ще ми: в нас у 3,5 рази вищий рівень малюкової смертності. Відстає Молдова.

Якщо ми обираємо стратегію розвитку педіатрії, будь ласка, наступний слайд, то, на наш погляд, доцільно обирати моделі успішні та враховувати ті похибки, які зробили на своїй дорозі на шляху реформування ці країни.

Нещодавно міністр охорони здоров'я Литви, який розпочинав 20 років тому реформування системи охорони здоров'я, заявив в інтерв'ю, що вважає єдиною і стратегічною похибкою те, що 20 років тому він допустив у Литві надання первинної медичної допомоги дітям лікарями загальної практики сімейної медицини. Починаючи з 2015 року, Литва почала виправляти ці похибки і зараз стратегічно реформує надання первинної ланки, де педіатр стає незалежним провайдером первинної медичної допомоги, зберігаючи свою роль, безумовно, в стаціонарах, та як консультант на другому рівні надання допомоги.

Ми розуміємо, що не тільки від рівня розвитку педіатрії, допомоги медичної населенню в цілому залежить рівень здоров'я та профілактика випадків смертності. Це перш за все залежить від загального соціально-економічного розвитку країни, пропаганди здорового способу життя, збереження оточуючого середовища, а реформування педіатричної допомоги має бути в загальному руслі реформування системи охорони здоров'я в цілому. І ми маємо брати оптимальну модель і, на наш погляд, ідеальним є обрати цілком модель, не частково, а цілком країн, які є найбільш успішними і пострадянського простору, тому що вони рухаються від моделі медицини Семашка в європейський простір і мають певний досвід. А імплементувати відразу моделі таких розвинутих країн, як США або Англія, ми не зможемо з огляду на існуючу вже структуру в країні.

Крім того, ми, безумовно, погоджуємося з тим, що ми маємо завершити в регіонах створення мережі перинатальних центрів, удосконалити систему перинатальної діагностики, оскільки майже 20 відсотків – це наслідок генетично зумовлених аномалій розвитку дітей випадків смертності, забезпечити виконання програм імунопрофілактики керованих інфекцій, будь ласка, але все ж таки найголовнішим для нас є – це збереження педіатра, як спеціаліста первинної ланки та державні гарантії фінансування первинної, вторинної ланки та спеціалізованої медичної допомоги дітям.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякую вам за ґрунтовний і змістовний зміст вашої доповіді, Марино Євгенівно. Дякую вам.

Важливі питання, все те, що по суті є якраз комплексом якраз дій для того, щоб справді держава реалізовувала свою основну задачу – збереження життя і здоров'я материнства та дитинства.

Дякую.

До наступної доповіді я запрошую Бекетову Галину Володимирівну – доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика.

Будь ласка, Галино Володимирівно.

БЕКЕТОВА Г.В. Дякую.

... *(не чути, без мікрофону)* незмінний індикатор рівня життя населення, стану здоров'я та виживаності новонароджених, що характеризує своєчасність і доступність медичних послуг та використовується для оцінки якості надання медичної допомоги дітям першого року життя.

Коли ми подивимося, що є в світі, то ми бачимо, що найвищий показник малюкової смертності – це Ангола – 96 проміле, що значить з тисячі народжених 96 гине. Найменше – це Люксембург – 1,5 проміле. І звичайно те, що Україна з її показником 7,5 проміле займає почесне хороше місце – 133 місце у світі, це добре. Це перші 60 країн. І коли ми подивимося на країні СНД, то ви бачите, що Білорусь знаходиться на рівні Європейського Союзу – дуже хороший показник, хоча умови розвитку в принципі такі самі, як і у нас.

Говорячи про порівняння малюкової смертності в Україні і країнах Європейського Союзу, ви бачите, що вдвічі вища у нас малюка смертність в порівнянні з країнами Європейського Союзу.

І в структурі причин малюкової смертності на першому плані окремі стани, що виникають в перинатальному періоді – це більше половини, а декілька слів потім скажу. На другому місці – це вроджені вади розвитку, деформації, хромосомні аномалії, четверта частина. Я хочу сказати, що за

останні 25 років на 34 відсотки зросла ця патологія в Україні, і тут напевно велике значення має і Чорнобиль, і ми про це не повинні забувати.

І третє місце, це травми, отруєння і деякі інші наслідки впливу зовнішніх факторів.

Таким чином серед причин малюкової смертності, колеги, почуйте мене, 70 відсотків – це причини, що залежать від стану здоров'я матері, раз; друге, від доступності та якості медичної допомоги жінці під час вагітності і пологів, два; і третє, якості допомоги новонародженому. Тому що на долю новонароджених доводиться 45 відсотків всіх випадків смерті дітей перших 5 років життя.

До речі, тут ремарку хочу зробити. Всі цивілізовані країни в світі до 5-и років смертність дивляться. В нашій країні – до 6-и. Ніяк не можеш перебити.

Далі. 75 відсотків смерті дітей в неонатальний період приходиться на перший тиждень життя, із них до 45 відсотків в першу добу. Основними причинами смерті, які складають 80 випадків смерті новонароджених, є, перше, недоношеність і низька та екстремально низька маса тіла при народженні, це найважливіший момент, інфекції, асфіксії і родові травми.

Далі, будь ласка. І в цьому плані я хочу сказати, що за 25 років незалежності в нашій країні багато зроблено, правда, багато зроблено. Перш за все це: впроваджені інноваційні пренатальні технології і реалізований національний проект "Нове життя. Нова якість охорони здоров'я", про який говорила вже шановна Ірина Володимирівна, по створенню мережі саме перинатальних центрів III рівня для надання висококваліфікованої допомоги матерям і новонародженим.

Реалізується давно вже програма масового скринінгу новонароджених на фенілкетонурію, гіпотиреоз. До 2014 року це ж адрено-генітальний синдром і муковісцидоз. Але прошу знову мене почути, колеги! У високорозвинених країнах світу програми масового скринінгу включають 29, а не 2, як у нас, пункти.

Далі. Впровадження розширеної ініціативи ЮНІСЕФ по підтримці грудного вигодовування. Створена мережа кабінетів катамнестичного спостереження і платформа з раннього втручання для профілактики інвалідності і смертності дітей перших 3-х років життя. Це дало свої позитивні моменти, і ми це бачимо. Це дані я показую Всесвітньої організації охорони здоров'я. Але все одно неонатальна смертність на 20 відсотків вища, ніж в ЄС, рання неонатальна – на 60, пізня неонатальна – на 70 відсотків і постнеонатальна, тобто смертність після першого місяця життя до кінця першого року, дивіться, в 6,6 рази більша, як в країнах Європейського Союзу. Це дуже багато.

Далі. І тому в Україні з 2012 року проводиться аналіз малюкової перинатальної смерті, але вже за методикою Всесвітньої організації охорони здоров'я "Matrix Babies", де ми маємо можливість визначити проблеми в наданні медичної допомоги жінок до запліднення, під час вагітності і

пологів, а також якості медичної допомоги дітям першого року життя. І коли ми подивимося малюкову смертність в окремих вагових категоріях, а про це говорив вже і шановний Олександр Володимирович, що саме вагові категорії, тобто діти різних вагових категорій мають дуже великий вплив на малюкову смертність, і ми бачимо, що чим менша вагова категорія немовлят при народженні, тим менша життєздатність їх і тим вищий рівень як малюкової, так і перинатальної смертності.

Прошу звернути увагу, що при перинатальній смертності зараз ми використовуємо два показники – пропорційний і специфічний, які дають можливість відповісти на два кардинальні питання: чи ми робимо те, що потрібно, і чи ми робимо так, як потрібно? Тому що за міжнародними стандартами рівень цих показників у дітей з низькою, екстремально низькою масою тіла (до 1,5 кілограма і до кілограма) залежить від стану здоров'я жінок до запліднення. І тому тут резерви в тому, щоб покращити медобслуговування, профілактику, раннє виявлення і своєчасне лікування екстрагенітальної патології у дівчат до 17 років і у жінок фертильного віку.

А що стосується новонароджених з масою тіла більше 1,5 кілограма, то тут залежить цей показник від якості надання медичної допомоги в неонатологічних стаціонарах по виходжуванню і здорових дітей і далі й по лікуванню хворих. І є така таблиця, згідно якої залежно від тої маси тіла, з якою народилася дитина, а потім померла – це вказуються напрямки обслуговування, на які треба направити зусилля держави, щоб реально знизити смертність немовлят в Україні.

Проблеми. Проблема один – це високий рівень оцього показника в групі новонароджених, які народились з масою тіла півтора кілограма і більше, що в два рази перевищує цей показник серед новонароджених, у яких екстремально низька маса. У всьому світі навпаки.

Друга проблема, це те, що в структурі народжених живими до кілограма і від кілограма до півтора кілограма дуже низький відсоток – 0,38 і 0,6. А за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я він має бути в межах 1-1,5 відсотка. Тому це вказує на те, що є проблеми про недотримання вимог до зважування новонароджених і про заниження маси тіла нежиттєздатних новонароджених – це проблема у нас зараз.

Наступна проблема, яка витікає з другої проблеми, те, що у нас є високий рівень виживання новонароджених з низькою і дуже низькою масою тіла в перший тиждень від народження. Це викликає в світі сумнів великий, тому що, дивіться, по даних, наприклад, Сполучених Штатів Америки діти, які народилися з масою тіла до одного кілограма, виживає їх лише третина – 30 відсотків, від кілограма до півтора кілограма – 70 відсотків. А у нас, подивіться, які відсотки високі. І Всесвітня організація охорони здоров'я показала, що реально для нас це може бути 10-15 і 50 відповідно.

Четверта проблема, яка, знову ж таки, витікає з другої проблеми, це співвідношення мертвонароджених до тих, що померли в перший тиждень

від народження. Вона повинна бути 1 до 1. В Україні 1,8 до 1, а в деяких областях, ви бачите, 2 до 1.

Ще одна проблема, це те, що антенатально, тобто до народження гине майже 80 відсотків плодів, які мають масу тіла 1 кілограм і більше. А за даними ВООЗ, якщо плід в утробі матері досяг маси 1 кілограма, він повинен бути народженим живим! Тому тут ми повинні покращувати якість обслуговування матерів і плода у антенатальному періоді на рівні жіночих консультацій.

Ще одна проблема, це те, що в пологах гинуть, подивіться, майже 60% дітей, які мають хорошу, нормальну масу, вони повинні жити! Тому тут у нас потенціал залежить від якості обслуговування матерів і плоду та якості надання допомоги новонародженим.

І останнє, що я хотіла сказати, це за даними ВООЗ рання неонатальна смертність серед немовлят, які мають масу тіла більше півтора кілограма, повинна бути одиниця. А у нас це 1,66 – на дві третини більше. І тому тут потенціал для її зниження залежить від якості обслуговування немовлят до виписки з неонатологічного стаціонару.

Всі ці моменти, що стосуються малюкової смертності і її компонентів, абсолютно відповідають тим моментам, які прописані в цілях сталого розвитку тисячоліття на 2016-2030-ті роки, які були ухвалені ООН. І серед них третя ціль.

Друге завдання стосується того, що до 2030 року потрібно покласти край смертності, якій можна запобігти (шановний Олександр Володимирович на цьому акцентував увагу) у новонароджених і у дітей перших 5-и років життя. І в цьому контексті ви бачите, що для досягнення тут є ті пункти, які безпосередньо впливають на зниження дитячої смертності: це материнська смертність, це зниження смертності від ВІЛ/СНІД, туберкульозу, неінфекційних захворювань, дорожніх, побутових травм. Це доступ повинен бути до послуг сексуального репродуктивного здоров'я, крім того, до медико-санітарних послуг, недорогих основних лікарських засобів, особливо вакцин для всіх, це повинно бути збільшення фінансування охорони здоров'я, набір, розвиток, професійна підготовка, утримання медичних кадрів, ну і, звичайно, нарощення потенціалу в сфері раннього попередження зниження регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я.

Тому ми вважаємо, що в Україні на кінець-то вже настав час, щоб ми сформували єдину та керовану політику в галузі, перш за все, педіатрії, якщо ми говоримо про дитячу смертність. І тут розроблена, в тому числі Асоціацією педіатрів України, національна така програма-проект "Здоров'я дітей – старт на все життя", сьогодні про неї буде говоритися.

Крім того дуже важливо, ми знаємо, що здорова мати народжує здорову дитину. І тут хотілося би сказати, що в Україні впроваджена медико-соціальна допомога підлітків і молоді на основі дружнього підходу в клініках, дружніх до молоді вже більше 20 років, яка направлена на

збереження репродуктивного здоров'я підлітків, формування здорового способу життя, профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД, не планованої вагітності, ризикової і залежної поведінки.

Ще один момент, про це також сьогодні говорили, і ми це теж підтримуємо: повинна бути стандартизація надання медичної допомоги дітям, підліткам і вагітним жінкам. І в цьому плані повинно бути комплексне мультидисциплінарне ведення вагітності, пологів, висококваліфікована допомога вагітним, плодам, новонародженим з дотриманням вимог до зважування народжених дітей, широке впровадження скринінгових програм не лише по двох пунктах, а по тих, що є у всьому світі, тому що вони лежать в основі профілактики неінфекційної патології, по якій Україна займає дуже непочесне перше місце серед всіх країн європейського регіону.

Глобальна стратегія харчування для дітей грудного та раннього віку, виключно грудне вигодовування до 6-и місяців, розширена програма імунізації й інтегроване ведення хвороб дитячого віку, про яке сьогодні буде доповідати шановна Ірина Миколаївна з Інституту педіатрії, акушерства й гінекології, національний тренер ЮНІСЕФ по цьому напрямку.

І я хочу закінчити фразою, яка в усіх країнах світу має значення: "Єднаймося заради наших дітей!" Тому що в цивілізованій країні чужих дітей бути не може.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Галино Володимирівно, дуже вам дякую за такий чудовий цікавий доклад, а саме головне, змістовний по своїй суті – те, чим всі ми разом маємо займатися. Дякую вам.

До наступної доповіді хочу запросити нашого іноземного колегу. Я дуже рада, що до нас приїхав Вертелецький пан Володимир – іноземний член Національної академії наук України, член-кореспондент Академії медицини Аргентини, почесний професор Львівського національного медичного університету Данила Галицького та Національного університету "Києво-Могилянська академія".

Пане професоре, прошу вас до слова, у вас дуже цікава доповідь – "Вроджені вади розвитку як одна з провідних причин малюкової смертності та шляхи боротьби з епідемією вроджених вад невральної трубки в Україні".

Будь ласка, запрошую вас.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Чи чуєте мене? Я так швидко говорити не вмію. Я дуже дякую за запрошення, тут є показано, чому я є тут, є офіційне запрошення, і там є "ікона" нашої програми в Україні, там є ланка до мого життєпису, якщо хочете прочитати. Українська версія цього життєпису є недостовірною, не вірте в це, там є помилки, це "Вікіпедія" робить по-своєму, це не тільки я пишу.

І я представляю тут думку і резолюцію багато колег, сотки фактично. Ідесь майже 50 організацій, які підтримують одну резолюцію, яку я вам представляю. І між ними є одна, яка називається FFI (Food Fortification Initiative), вони розширюють збагачення муки всякими мікроелементами. І ми сьогодні говоримо про фолієву кислоту. Ця структура є зацікавлена в країнах специфічно - Індія і Китай, Індонезія і так далі. І деякі з них використовують українську муку, де вже є збагачення. Тобто мука, яку продаємо в ринку і яку не продаємо в Україні.

Наступне. Отже, маю вам представити цю резолюцію. І тут станемо і я мушу вам розказати, чому мій виступ є трішки дивним. Перш за все, я вам опишу трішки цю резолюцію, там є ще далі, і дам вам корені, як це все вийшло. Моя присутність тут є фактично, щоб представити щось довше, щоб вияснити вам підстави, але 10 хвилин я не можу за це братися.

По-друге, що я мушу писати звіт до всіх цих організацій, включно Європейську Юнію і включно Інтернаціональну палату (*нерозб.*). Тобто вона є з'єднана з Світовою організацією здоров'я. Так що я пишу звіт, що тут діється, а питання центральне є: чи Україна є чи не є готова взятися за профілактику *Spina bifida*. Це не можна обминути, відкладати це не є опція.

Далі. Це має вплив на економіку України. Китай є більший від України, Індія є більша від України. І вони не будуть купувати борошно, яке не має фортифікації. Щораз більша і більша пропорція вимоги для борошна, яке має специфічне збагачення. В Африці потрібно вітамін А, а там, де Карибське море, є інші. Але фолієва кислота переважно в Китаї – це трагедія, вони мають одну з найвищих, тобто частота, Індія також.

Тобто я попрошу пану Любов Євтушок, вона швидше говорить, перечитайте це, в разі чого ви не можете побачити.

Будь ласка, я буду коментувати кожний слайд.

ЄВТУШОК Л.С. Враховуючи те, що частота вад невральної трубки в Україні найвища у Європі, вища в 2-3 рази тривала хронічна епідемія. В Україні триває хронічна епідемія вад невральної трубки.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Як ми це знаємо? Тому що ми впровадили інтернаціональні стандарти до України вже більше, як 10 років тому. Ці дані зібрані в Україні не щодо України чи Росії, воно є зібрано на підставі інтернаціональних стандартів. І тому ми можемо порівнювати чи є чи немає епідемії в Україні. Ця епідемія хронічна, і вона є постійною, вона не змінюється.

Будь ласка, далі.

ЄВТУШОК Л.С. Враховуючи те, що вади невральної трубки є однією з провідних причин малюкової смертності та пожиттєвої важкої інвалідності, що в Україні щороку біля тисячі дітей гине внаслідок вад невральної трубки,



що частоту вад невральної трубки можна зменшити щонайменше на 75 відсотків.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Отже, тут немає ніяких пояснень. Це є так, як є.  
Далі.

СВТУШОК Л.С. Враховуючи те, що наявні рекомендації жінкам приймати фолієву кислоту в таблетках є неефективними – епідемія триває.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Отже, є всякі, я це називаю "балачки", і більше балачок, що фолієва не годиться, що це недобре, що це є альтернативне, таких немає. Є 80 країн у світі, які вже подають своєму населенню збагачену муку, включно Америка і Канада, і вони своїх людей не отруюють. І як хтось знає і докаже, що фолієва кислота шкодить здоров'ю, то це необхідно зупинити у 80 країнах, щоб вони не шкодили своєму народові. Так що я знаю, що є сильні опоненти до прогресу, але опозиція до прогресу України це є політики, це не є наука і це не є здоров'я.

Будь ласка, далі.

СВТУШОК Л.С. Наступний слайд.

Необхідно прийняти закон щодо запровадження в Україні обов'язкового збагачення борошна фолієвою кислотою, вітаміном В9 на підставі досвіду понад 80 країн світу.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Тут є нюанс етимології, є нюанс мови. Обов'язково – то не значить, що не можна продавати хлібу і виробів без фолієвої кислоти. Але фолієва кислота і збагачення – стандарт, а ви можете купувати спеціальний виріб, ви маєте свободу не купувати хліб, який є збагаченим. А навпаки робити щось дивне і дорожче, і спеціальне. Фолієва кислота не збільшує ціни муки.

І крім того, ті, хто вважають і міряють вартість життя дітей гривнями, то за кожний випадок, що немає *Spina bifida*, міністерство заощадить мінімум в два рази більше, тобто 2-3 гривні. Бо займатися дитиною в кріслі на ціле життя – це є трагедія і також економічно дуже дорого.

Це технологія. Прочитайте технологію.

СВТУШОК Л.С. В Україні здійснюється фортифікація борошна фолієвою кислотою для інтернаціонального ринку, поширення та продаж якого в Україні може здійснитись за участю ініціативи з фортифікації борошна та інших харчових продуктів. Потреба міжнародного ринку в фортифікованому борошні швидко зростає: Китай, Індія, Індонезія.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Отже, оскільки Україна піде на таку стратегію профілактики, то є інтернаціональні структури, які готові бути партнерами, українськими донорами, і всякі там технічні питання. Там немає ніякої містерії. Аргентина робить, Чилі робить. Можете вибирати партнерів, яких хочете, їх є 80.

Отже, я вважаю, що учасники цього "круглого столу" варто, щоб запам'ятали деякі речі. Прочитайте.

ЄВТУШОК Л.С. Чотири речі, які ви мусите знати. Частоти Spina bifida, аненцефалії в Україні є найвищими в Європі. Загальнообов'язкова фортифікація борошна фолієвою кислотою є безпечна. Вона запобігає майже всім випадкам фолатзалежних Spina bifida, аненцефалії, яким можна запобігти, це 75 відсотків. Ефективно впроваджена у 80 країнах, включно з Канадою та Сполученими Штатами. Україна вже виробляє фортифіковане борошно, але тільки на експорт.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Я тепер встану, бо фактично я не приїхав до України для цього виступу. Мене запросили видати виступ мій мінімум на 30 хвилин. Але я хочу підтримати вашу програму і не зловживати вашим часом. Оскільки хтось з вас хоче почути підстави, як ми це підтримуємо фактами, тут на це, видно, немає часу.

Так що я завершую і хочу тільки вам сказати, що ціна інерції, яка вже іде 17 років, коштує життя тисячі дітей в рік. Тобто 17 тисяч дітей! Бо ми мали цю саму ініціативу з договором Міністерства охорони здоров'я, з договором із ЮНІСЕФ, і з договором з іншими структурами – і воно не здійснилось, коли міністром була пані доктор Богатирьова і так далі, і так далі. Так що інерція має кошт. Це не є, що ми можемо думати довго. За кожний день, що ви думаєте, вмирає одна дитина.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Пане Володимире, я вам хоч дуже подякувати за те, що ви приїхали до нас, до України для того, щоб боротися разом з нами за те, що ми маємо формувати концепцію розвитку системи охорони здоров'я з запровадженням нових ініціатив, які справді покращать стан здоров'я населення, і в першу чергу, це стан здоров'я саме дітей, щоб діти народжувались здоровими. І це наша спільна така робота.

Я хочу також сказати, що перед вами є ці два народні депутати, які готові це внести шляхом змін до законодавства у Верховну Раду. Я вже півроку комунікую безпосередньо з нашими педіатрами, з асоціацією по підготовці цих законодавчих ініціатив. Найближчим часом, я думаю, що ми завершимо цю роботу і будемо безпосередньо боротись за такі законодавчі зміни. Але в той же час я би дуже хотіла, щоб ці законодавчі зміни були підтримані безпосередньо медичною спільнотою, щоб саме педіатри України

сформували свою позицію і сказали так, що, шановний парламент, будь ласка, ми виступаємо за таку важливу ініціативу, що справді виробники України, які сьогодні роблять, додають фолієву кислоту, коли експортують борошно за межі України, що, в першу чергу, вони це мають робити для населення своєї держави, безпосередньо для України, для населення України. Тому, я думаю, що таку роботу ми маємо успішно провести у Верховній Раді, а медики мають бути тим флагманом, який буде посилювати таку законодавчу позицію.

Тож дуже дякую вам і дуже рада за те, що ви висловлюєте думку міжнародної медичної спільноти і я вірю в те, що також і медична спільнота України об'єднається на таку ініціативу.

Чи є в залі безпосередньо представники медичної спільноти, які вважають, що ця ініціатива є недоречною для нашої держави? Немає. Чудово. Бачите, це саме головне, це саме важливе, що сьогодні в цьому залі є безпосередньо експерти, фахівці, люди, яким ми всі довіряємо наших дітей, тож я думаю, що це буде спільною роботою і спільним результатом до наших змін. Дякую дуже вам.

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В. Я хочу тільки, може я не мав часу дати акцент на цьому, але ця ініціатива, вона підтримана Академією медицини, підтримана педіатрами в Україні, це є підтримано нейрохірургами. Є багато підтримок українських структур, це не тільки є, що інтернаціональні структури хочуть знати, чи Україна є чи не є, тому що ми є представники України одинокі в європейській унії щодо статистики. Так що вони дивляться на нас. Ми кожного року, і тут хтось може скаже, що представляє Україну з нашої організації в Європі.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую.

Запрошую до наступної доповіді Коржинського Юрія Степановича – завідувача кафедри педіатрії і неонатології факультету післядипломної освіти Львівського медичного національного університету імені Данила Галицького.

Будь ласка, пане професоре, до слова.

КОРЖИНСЬКИЙ Ю.С. Шановні колеги, я хочу продовжити думку професора Вертелецького, і як педіатра та неонатолога, підтримати ідею профілактики шляхом фортифікації. Невральна трубка при закладці органів, вона закривається.

КОРЧИНСЬКА О.А. *(не чути, без мікрофону)*

КОРЖИНСЬКИЙ Ю.С. Дякую.

І невральна трубка, з якої формується центральна нервова система, закривається на 28-ий день вагітності, тобто раніше, ніж жінка усвідомлює, що вона вагітна. І тому профілактику необхідно проводити до зачаття.

Прошу наступне. Ось так виглядає спіна біфіда, розщелина спини, внутрішньоутробно, коли частина спинного мозку і структури, вони контактують з середовищем, з яким не повинні контактувати. Ця нейруляція порушується, розвиток.

Прошу далі. Так виглядає новонароджена дитина зі спіна біфіда. Це, так би мовити, ще легший варіант, а найважчий варіант – це взагалі відсутність головного мозку, аненцефалія, яку я не буду показувати.

Прошу далі. І прогноз тих дітей важкий. Вони можуть бути інтелектуально добре розвинуті, але, як правило, в них розвиваються паралічі, порушуються функції тазових органів. Ці фотографії, вони взяті з Інтернету, вони там у відкритому доступі. І це все пацієнти зі спіна біфіда.

Прошу далі. Це теж пацієнтка зі спіна біфіда, яка пересувається на візку. І для таких важких вад можлива профілактика. Як казав професор, необхідно жінкам приймати до зачаття 400 мікрограм фолієвої кислоти щоденно, а жінкам, які вже мали таких дітей, це 5 міліграм. Але практика показала, що в реальному житті жінки не приймають масово і просто рекомендації, вони не дали такого ефекту і тому з кінця 90-х років було запроваджено фортифікацію спочатку в США і Канаді і на сьогоднішній день 86 країн запровадили фортифікацію, тобто принаймні більша частина борошна фортифікується.

Це є слайд, який демонструє, що наявність спіна біфіда, вона значно підвищує затрати на медичне обслуговування дітей у всіх вікових категоріях і також дорослих. Прошу далі. Навпаки, фортифікація, профілактика дає економічний ефект і співвідношення користі до затрат в такому фінансовому відношенні: вона 4,3 до 1 в Штатах, 11, 8 до 1 в Чилі, 30 до 1 в Південній Африці. Отже, існує очевидна економічна вигода від фортифікації борошна фолієвою кислотою.

Прошу далі. І це ефективність, в Канаді знизилась на половину майже частота вад невральної трубки. Прошу далі. Це в Чилі теж з початком фортифікації знизилась частота цих вад. Прошу далі. Це є оцінено ефективність в п'яти країнах і на підставі цього аналізу зроблено висновок. що частота знизилась скрізь – це від 28 відсотків в США до 46 відсотків в Канаді.

Прошу далі. Існують сумніви, про що вже говорилось: чи не буде шкоди від того? Є такі три основні проблеми, навколо яких точилася дискусія. Це чи не підвищиться частота онкозахворювань, зокрема раку товстої і прямої кишок. Але дослідження останніх років, вони не те що не довели, вони скоріше довели протилежне, що фолієва кислота не впливає на цей рак.

Друге. Це підвищення частоти багатоплідних вагітностей, теж це не доведено, скоріше всього, це екстракорпоральне запліднення є причиною підвищення частоти багатоплідних вагітностей. Маскування дефіциту вітаміну В12 – теж воно не доведено, це скоріше на теоретичному рівні припущення. І крім того, можлива фортифікація також і вітаміном В12, що поряд з фолієвою кислотою, що може зняти цю проблему.

Зате доведено зниження частоти інсультів у старшого покоління після обов'язкової фортифікації. І в Квебеку також зафіксовано зниження частоти вроджених вад серця із введенням фортифікації фолієвою кислотою.

Є думка експерта, це професор Оклі, який один з провідних експертів стосовно *Spina bifida*, вад невральної трубки. Ну, тут мовою оригіналу його, скажемо так, твердження про те, що уряди, які не запевнюють фортифікацію, вони вчиняють, як би, погану практику в галузі громадського здоров'я. Опубліковано в британському медичному журналі. Прошу далі.

Ну, які можна зробити висновки? Що досвід збагачення муки фолієвою кислотою продемонстрував достовірне зниження частоти вад невральної трубки. І є позитивний як клінічний, так і економічний ефект. Існують сумніви щодо можливого негативного впливу на нецільову популяцію, тобто не на жінок там дітородного віку, але на сьогоднішній день немає ніяких переконливих доказів стосовно такого впливу.

Отже, вірогідно, доцільно розпочати фортифікацію з одночасним моніторингом ефекту на популяційному рівні в нас в Україні. Ну, і вся існуюча інформація показує, що неупереджена оцінка цих даних говорить про те, що зниження частоти вад невральної трубки, також інших вад, воно переважає сумніви можливого негативного впливу.

Я дякую. Я б іще хотів пару слів сказати відносно стажування. От я не зовсім можу погодитися щодо пасивності. У нас наша кафедра вже співпрацює з Фондом таким – "Children's Medical Care Foundation", це в Каліфорнії. І зараз вони з міністерством підписали. Тобто ми ж 10 кандидатів щороку якимось відправляємо на стажування.

СИСОЄНКО І.В. Так, Юрію Степановичу, дуже вам дякуємо. Дуже було цікаво вас послухати.

До наступної доповіді запрошую Смоланку Андрія Володимировича. Це нейрохірург, лікар нейрохірургії Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології.

Будь ласка, ваша доповідь.

СМОЛАНКА А.В. Доброго дня, шановні колеги! Дозвольте представити мою доповідь. Якщо можна, слайди, будь ласка.

Моя доповідь стосується нейрохірургічних аспектів лікування та ведення пацієнтів із вадами невральної трубки.

Отже, вади невральної трубки є найбільш частими вродженими вадами розвитку нервової системи і займають друге місце серед всіх вад розвитку після вроджених вад серця. Вони виникають через незакриття невральної трубки в період ембріогенезу на 21-е, 28-е, як казав попередній доповідач, і їхня поширеність складає від 1 до 10 на тисячу новонароджених, але справді, як зазначив пан Вертелецький, у нас в Україні на даний момент є епідемія, наші показники є більшими. І є чітка кореляція між виникненням вад невральної трубки та дефіцитом фолієвої кислоти в організмі матері, перед заплідненням та в перший триместр.

Наступний слайд, будь ласка.

Отже, вади невральної трубки поділяються на відкриті та закриті. До відкритих відноситься аненцефалія та спінобіфідоцистика, закриті – це енцефалоцеле та спінобіфідо...*(нерозб)*.

Будь ласка, далі.

Також вони на краніальні і спинальні відповідно поділяються.

Отже, аненцефалія – це вада, яка є несумісна з життям. Її поширеність складає 1 на тисячу новонароджених, вона займає третину всіх вад від загальної кількості вад невральної трубки. І останнім часом вона звичайно є значно меншою внаслідок перинатальної діагностики, при виявленні рекомендується переривання вагітності.

Будь ласка, наступний слайд.

Енцефалоцеле – це пролабування головного мозку через дефект кісток черепа. Як ви бачите на зображеннях, є декілька видів енцефалоцеле, вони поділяються на дефекти склепіння черепа, найбільш частими є окципітальні, фронтівідповідальні енцефалоцеле, а також базальні енцефалоцеле.

Що стосується спинальних дистрофізмів, вони є найбільш частими вадами невральної трубки. Вони поділяються на закриті та відкриті. Я зосереджу свою увагу на мієломенінгоцеле, який є відкритим дистрофізмом та найбільш частим.

Наступний слайд, будь ласка.

Поширеність мієломенінгоцеле складає 1 на тисячу новонароджених. Хірургічне втручання необхідно виконувати в перші 24-48 годин життя, тому що є надзвичайно високий ризик інфекції.

Щодо клінічних проявів, то вони поділяються на клінічні прояви власні мієломенінгоцеле – це є рухові розлади, нижній парепарез, чутливі розлади, також тазові розлади, також ортопедичні деформації: кіфози, сколіози, деформації стегон, колін та стоп; прояви гідроцефалії, яка зустрічається у 85-90 відсотків дітей з мієломенінгоцеле.

Щодо лікування мієломенінгоцеле, то одразу після народження дитини необхідно обкласти дефект вологими серветкам і дуже важливо операцію виконати в перші 48 годин життя.

Я не буду зупинятися на етапах операції, але операція не рятує рухову функцію, операція, на жаль, тільки врятує життя дитини.

Будь ласка, далі.

Що стосується гідроцефалії, яка виникає у переважної більшості дітей з мієломенінгоцеле, то ці діти потребують наступних операцій з приводу гідроцефалії, а саме вентрикулоперитонеального шунтування. Більшість дітей потребує цих операцій в перші два тижні життя, і до впровадження шунтів в клінічну практику, тільки 10 відсотків дітей доживало до 12 років, і це було пов'язано якраз із гідроцефалією.

Далі будь, ласка.

Наступною аномалією, яка поєднується з мієломенінгоцеле, є аномалія Кіарі II типу, що проявляється каудальною міграцією структур стовбуру мозку та мозочка в великий потиличний отвір. І у третини дітей ця формація призводить до важких розладів і летальних функцій саме в перші дні життя, і вони потребують ще одного оперативного втручання: декомпресії задньої черепної ямки.

Наступний слайд, будь ласка.

Що стосується віддалених наслідків, то ви бачите, що у цих дітей є спастичність нижніх кінцівок, в майбутньому епілептичні напади, деформації хребта, деформації кінцівок, захворювання сечового міхура, пов'язані з розладами функцій тазових органів, а також когнітивні розлади, пов'язані з гідроцефалією. І 96 відсотків дітей з вадами невральної трубки є позитивними інвалідами.

Тому я би хотів зосередитися саме на профілактиці і підтримати ініціативу пана Вертелецького. Я хотів навести декілька досліджень, які були проведені ще в кінці 80-х початку 90-х років, це були ретроспективні дослідження. І кожне з цих досліджень показало значне зменшення вад невральної трубки, при прийомі фолієвої кислоти до запліднення.

Наступний слайд, будь ласка.

Також були проведені два великі перспективні дослідження на початку 90-х років: одне у матерів, які вже мали дітей із вадами невральної трубки, і друге у матерів, які планували першу вагітність. Знову ж таки обидва дослідження показали значне зменшення ризику вад невральної трубки.

І останній слайд, будь ласка.

Я хотів саме наголосити на важливості фортифікації борошна. Зверніть увагу на останню колонку, практично більше 15 досліджень було проведено і всі показали значне зменшення ризику виникнення вад невральної трубки при фортифікації борошна.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Андрію Володимировичу, дуже вам дякую.

Шановні колеги, у мене до всіх є одне прохання, я знаю, як важко говорити, коли говорить ще багато людей одночасно. Я прошу, всі теми, які ми сьогодні сформуваємо за програмою, я вважаю, що вони є дуже

важливими і дуже актуальними. Тож я дуже просила би вас, щоб ми уважно послухали наших колег. Дякую вам за це.

До наступної доповіді запрошуюю Людмилу Григорівну Кирилову – науковий керівник відділення психоневрології для дітей перших трьох років з перинатальними ураженнями нервової системи Інституту педіатрії, акушерства і гінекології України, будь ласка.

КИРИЛОВА Л.Г. Шановні пані та панове, вельмишановні народні депутати, з того часу, коли започаткований Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ми маємо таку людяну проблему, щоб жінки мали щасливе материнство, а діти були здоровими. Але, на жаль, цю людяну проблему затьмарила інша проблема, головна проблема – це те, що з кожним роком зростає частота дітей-інвалідів. Частота дітей-інвалідів в першу чергу зростає за рахунок патології ЦНС і в першу чергу за рахунок вроджених вад розвитку.

На сьогодні ніхто в Україні, я як фахівець дитячої неврології і думаю, що й інші мої колеги – дитячі неврологи скажуть, що оцінити чи визначити, яка вада у дитини після народження, ніхто не може. Для цього потрібні об'єктивні методи, тобто нові технології, ультразвукова діагностика, це дійсно такий скринінговий об'єктивний метод. Але потрібно у нас застосовувати й інші, такі як магнітно-резонансна томографія, для того щоб визначити, це клінічна маска якоїсь вродженої вади, чи це насамперед вроджена вада. Тому що якщо враховувати статистичні дані, вони не будуть вірними. В стаціонарі жодна дитина не знаходиться з приводу вродженої вади, вона знаходиться з приводу супутньої патології, тобто епілепсії, епілептичних енцефалопатій, розладів аутистичного спектру та інших захворювань, я їх не буду переліковувати. І ми виписуємо зі стаціонару не з вродженою вагою, а з цією супутньою патологією. Тому на сьогодні ніхто не знає, скільки Україні дітей з вродженою вагою ЦНС.

Професор Вертелецький вірно сказав, що в Україні протягом 10 років останніх не проводились епідеміологічні дослідження, вони взагалі не проводилися в регіонах України, зокрема тільки в Західному регіоні проводилися за стандартами міжнародними. І тоді могли б говорити про епідемію. А зараз я можу говорити, що це не епідемія, а суперепідемія, якщо дивитися на те, що з нашими дітьми відбувається на сьогоднішній день.

Ми неодноразово зверталися. На жаль, представник Міністерства охорони здоров'я покинув зал, ви його запрошували залишитись, але я думаю, що він би і не відповів, тому що у нас змінилася влада в Міністерстві охорони здоров'я. Ми не зверталися, але в минулому ми часто зверталися до того, щоб у нас була запропонована система по впровадженню проведення епідеміологічних досліджень в Україні. Ну як ми можемо жити, коли ми більше 20-и, більше 30 років говоримо про те, що в світі народжується 4-5 відсотків дітей з вродженими вадами розвитку, де не враховуються наша



країна і не враховуються інші країни. І коли про ці кажуть цифри, я вже не можу чути, тому що пройшло 20 років, а ми повторюємо одне й те ж.

І тому, перш за все, ми пропонуємо, дитячі неврологи, представники нашого інституту, нашої адміністрації, я думаю, що мене підтримають неонатологи, що перш за все, щоб знати, як боротися з цим, ми повинні знати стан проблеми на сьогоднішній день.

Тобто необхідно створити систему запобігання вроджених вад розвитку ЦНС. Це провести епідеміологічні дослідження. Ми можемо взяти це на себе, на наш інститут. Ми можемо з регіонами зв'язатися, з нашими дитячими неврологами. Я думаю, що на це не буде багато витрачено коштів, якщо у нас буде багато ініціативних людей, які бажають, щоб у нашій країні були правдиві показники і щоб ми знали, як з цим боротися. А щоб з цим боротися, потрібно знати причину, створити реєстр, в яких регіонах домінують ті чи інші вади розвитку і з чим це пов'язано. Це перш за все.

Друге. Це пренатальна діагностика. Пренатальна діагностика, ми про це говорили майже 10-15 років тому, що, знову повторююся, об'єктивний метод, такий як УЗД, на сьогоднішній день втрачає об'єктивність. І це стосується особливо оцінки структур головного мозку, особливо структур задньої черепної ямки, тому що на це є об'єктивні причини. Фахівці УЗД, вони не можуть бачити всі структури головного мозку. Вони можуть побачити тільки тоді, коли дитина народжується. А це, як раніше казали, "бремя для государства". Сьогодні це не "бремя для государства", а це просто сльози для батьків. І в першу чергу ми позбавляємо щасливого материнства родини.

І я би хотіла підтримати ідею професора Вертелецького. Я з ним особисто тільки познайомилася вчора, але ми писали йому листа. І я вважаю, що це необхідно зробити в нашій країні. Але я думаю, щоб не було помилок, я для себе задаю таке питання: ну це повинні хліб цей споживати всі? Чи як? Чи це тільки вагітні жінки? Тобто для того, щоб це було в нашій країні не тільки запропоновано, а й щоб і в практиці це спостерігалось, потрібно чітко визначити, як це ми будемо робити.

Ірино Володимирівно, на вас і на вашу шановну колегу ми, дитячі неврологи, просто молимося, молимося за те, що ви зберегли педіатрію. Але я ще з таким, знаєте, болем звертаюся до вас, тому що після проведення нашого конгресу там є багато запитань, і самі ж ті, що запитують, і відповідають, що зберегли педіатрію, але знищують дитячу неврологію. А кількість фахівців дитячої неврології, вони можуть оцінити те, що роблять акушери-гінекологи, те, що роблять неонатологи, і ми не повинні оцінювати один одного, а ми в одній мультидисциплінарній команді повинні працювати на те, щоб у нашій країні наші діти були здоровими і не народжувалися з вродженими вадами.

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Людмило Григорівно, я вам дуже дякую. Я ще раз хочу вас запевнити в тому, що ми готові до спільної роботи і в тому, щоб допомагати вам, професійним медичним спільнотам, професійним медичним асоціаціям, відстоювати всі ті важливі питання, які має робити уряд. Ми як парламент маємо функцію контролю, окрім законодавчої ініціативи. Тож ми зі своєї сторони, повірте, готові постійно бути тими, як кажуть, захисниками всіх тих важливих дій, які саме ви, медики, формуєте для державної політики уряду і в тому числі для роботи Міністерства охорони здоров'я.

Я вас дуже прошу чітко сформулюйте, що саме має бути по відношенню до тих там спеціальностей, як має запрацювати ота система, про яку ви сказали, будь ласка, сформулюйте таку дорожню карту і ми разом з Оксаною Анатоліївною будемо раді на базі Комітету з охорони здоров'я зробити спільну зустріч, запросити на неї, бачите, що на наші ініціативи приходять представники Міністерства охорони здоров'я, і я впевнена, що... Ні, вони пішли, тому що зараз робоча група по міжнародним закупівлям, але ми домовились про те, що резолюцію сьогоднішньої зустрічі, сформовані плани для спільної роботи ми далі будемо так само спільно відпрацьовувати. Тому я вірю, що в нас все вийде. Дякую дуже вам.

КИРИЛОВА Л.Г. І я дуже дякую. Я маю надію на те, що ці рожеві стіни, вони виправдають наші рожеві надії.

СИСОЄНКО І.В. Так, обов'язково. Дякую дуже вам.

Запрошую до наступної доповіді Ірину Миколаївну Матвієнко – старшого наукового співробітника відділу проблем здорової дитини та преморбідних станів Інституту педіатрії, акушерства і гінекології. Будь ласка.

МАТВІЄНКО І.М. Дуже дякую. Шановні колеги, вже всі трошки втомились, я буду намагатись зробити свою доповідь коротко, але перепрошую, якщо моя доповідь буде дуже емоційною, тому що наболіло, дуже наболіло і моя доповідь то є вже вираження емоцій і почуттів великої групи фахівців, які займались і адаптацією цієї стратегії, про яку я буду зараз казати, і впровадженням, пілотуванням і аналізом, і намагались пробитись та довести, що це є саме та "палочка-виручалочка" для первинної ланки на амбулаторному рівні особливо зараз в умовах реформування.

Я не буду зупинятись зараз на дитячій смертності, тому що ми досягли в нашій країні, у відповідності до цілей тисячоріччя, гарних результатів, але Галина Володимирівна дуже добре продемонструвала, які-то результати і яке є то співвідношення. І спочивати на лаврах нам аж ніяк не можна, тому що ось ці результати, вони покладені в звіт фінальний держави Україна ООН, а саме по цілям тисячоріччя, а саме дитяча смертність.

Наступний слайд. Але на тлі зменшування народжуваності, ви бачите цю не дуже добру динаміку, яка відбувається в нашій країні, наступний

слайд, на тлі відсутності змін в інвалідизації, не зважаючи на багато втручань, які ми заявляємо і що ми робимо, ми маємо досить високі рівні інвалідизації дітей, наступний слайд, будь ласка, і досить високого рівня захворюваності дітей. Подивіться, будь ласка, 0-6 років, ми маємо практично 400 захворювань на тисячу дітей відповідного віку.

Ми з вами маємо розуміти, що те, що покладається на первинну ланку в умовах реформування – це дуже великі завдання, які мають бути виконані тільки за умови створення дуже гарного стандартизованого підходу до надання медичної допомоги дітям.

Наступний слайд.

Тобто я зараз буду розказувати про стратегію ВООЗ, ЮНІСЕФ "Інтегроване ведення хвороб дитячого віку". Це все почалося в нашій країні в 2008 році за підтримки зовнішніх експертів Штаб-квартири ВООЗ в Копенгагені, в Брюсселі. Це було зроблено, адаптовано до умов України.

Ця стратегія поєднує в собі не тільки оцінку стану здоров'я дітей та можливості надання допомоги на первинній ланці, але вона включає в себе аспекти навчання батьків, повністю всю інформацію, залучення всіх структур надання медичної допомоги, догляд з метою розвитку, профілактику захворювань. Тобто це саме стратегія, яка впливає на покращення стану здоров'я і суспільства! Бо вона ще займається навчанням суспільства в плані профілактики захворювань та покращення здоров'я дітей.

Наступний слайд, будь ласка.

Тепер є певні переваги, ті, які відсутні в інших підходах. І я дуже прошу, щоб ви мене всі почули. Тому що в основі стратегії лежить не встановлення діагнозу, а саме класифікація, яка допомагає медичному працівнику дуже швидко зреагувати і надати вкрай необхідну допомогу, як невідкладну, так і планово-амбулаторну. Ця стратегія може бути використана певною мірою з рівними результатами, як середньо-медичним персоналом – медичними сестрами, фельдшерами, яких тепер у нас немає, вони чогось будуть називатись парамедиками, а також лікарями сімейної практики, хірургами, терапевтами. Тобто людина, яка її вивчить, буде спокійно бачити дитину від народження до 5 повних років життя і не буде боятися її! Як казав – це страхи на первинній ланці.

Є мала кількість симптомів, які при комбінації чітко вказують медичному працівнику, що з дитиною та чи інша проблема. І я хочу вам сказати, що ця стратегія покриває 75 відсотків захворювань дітей, які трапляються в цьому віці. Ця стратегія використовує принцип світлофору, тобто "червоний, жовтий, зелений ряд", на якому побудовано дуже багато підходів в сучасній медицині, які саме впроваджуються на первинній ланці. Враховуючи те, що не потрібно ставити діагноз, не потрібно дитині проводити велику кількість обстежень, які відсутні просто в багатьох місцях на первинній ланці. І плюс до всього, як ви бачите, обмежена кількість медикаментів, які покривають 75 відсотків захворювань, як на ургентну

допомогу, так і на планову. Це медикаменти, які мають невисоку вартість, і тому вони є доступними в будь-яких містах і для батьків в тому числі.

Наступний слайд, будь ласка.

Це результати пілотування цієї стратегії. На що ми націлювалися, коли впроваджували пілотування в декількох районах досить різних з обмеженими соціально-економічними можливостями.

Подивіться, будь ласка, тобто ми з вами розуміємо, що є велика кількість поліпрагмазій на первинці. І що ми відслідковували? Це було перехресне відслідковування, тобто ми співбесіду мали з батьками та дивилися карточки дітей. Після проведення тренінгів навчання персоналу кількість використання антибіотиків при вірусних інфекціях впала до нуля. Це дуже гарний результат, тому що це і економічний результат, і це результат здоров'я дітей.

Подивіться, будь ласка, частота госпіталізованих дітей знизилася практично в деяких районах більше, ніж удвічі. За рахунок чого? За рахунок того, що піднявся рівень надання медичної допомоги саме в фельдшерських пунктах та амбулаторіях, і батьки почали довіряти медичним працівникам, і відпала потреба бігти відразу в районну лікарню для того, щоб лікувати дитину. І кількість так званих важких станів теж значно знизилася, тому що почали лікарі і медичні працівники використовувати певні симптоми, комбінація яких вказувала чи дійсно важкий стан, чи дитина може спокійно лікуватися та спостерігатися вдома.

Наступний слайд.

І от вплив на смертність. Неонатально, постнеонатально смертність першого року життя і смертність до 5 років життя. Я думаю, що ці цифри кажуть самі за себе, тобто стратегія покращення надання медичної допомоги, зниження кількості вживаних медикаментів, зниження госпіталізації – все рівно призвело до зменшення всіх часткових складових дитячої смертності. Тобто ми маємо підтвердження того, що ця стратегія працює.

Наступний слайд.

Це результати аналізу по впровадженню стратегії в інших країнах. Це Міжнародний банк розвитку. Подивіться, будь ласка, стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку має найбільший вплив на збереження коштів в кожній країні, навіть якщо порівнювати її з впровадженням програм вакцинації, і так далі. Це офіційні дані Міжнародного банку розвитку.

Наступний слайд.

Стратегія вписується в систему реформування країни, тому що вона якраз є першою, базовою в наданні дитині допомоги на амбулаторному рівні, потім якісне транспортування і вже госпіталізація, де, до речі, ВООЗ видала дуже гарний довідник госпітальної допомоги, і ми не можемо наразі нічого з ним робити, адаптувати, тому що ще впроваджена і не працює стратегія, на превеликий жаль.

Наступний слайд.

Що у нас є в країні? Група дуже багато робила і адаптувала вже за новими даними на підставі доказової медицини досліджень, які були проведені в Європі, в Америці, зробила протоколу. В склад протоколу входить буклет схем, безпосередньо той, який побудований на принципі світлофору. Тобто медичний працівник його бере в руки, і він ніколи не буде в розпачі, коли побачить хвору дитину, бо в нього під руками інструмент, де він знає: взяти 2-3 симптоми, в залежності від того, як вони скомбіновані, буде класифікація. У відповідності до класифікації він надасть допомогу. В буклеті видані дозування маси тіла дитини для кожного медикаменту, який передбачено, харчування, консультування батьків, ознаки загрози – все це є в цьому документі. До речі, аналогічного документа в країні більше немає, такого, який буде таким помічним.

Ще. Навчальний плеєр. Цей плеєр може бути використаний для онлайн-навчання. Такого теж в країні немає. Воно відсутнє, тому що цей плеєр можуть використовувати викладачі як у аудиторіях, так використовувати онлайн-навчання, тобто включене все - з відеоматеріалами, з задачами, з фотоматеріалами, з контролем. Все, що можна було зробити – він є, він є у вільному доступі. Були проведені багато засідань, інформувань, тобто це все вже зареєстровано. Була зустріч з паном Лінчевським, він має цей буклет, йому розказували, що таке. Причому розказував експерт з Копенгагена, експерт приїздила спеціальна, яка пантрує ІВХДВ по світу.

Так, але ми маємо, розумієте, якусь сліпу зону, і навіть були проведені вже тренінги для викладачів вузів, для керівників в областях, все, але ми маємо нульовий результат. І до тих пір, поки воно не стане стандартом надання на первинній ланці в умовах реформування, нічого не буде. Можна наступний слайд?

Я хочу завершити свою доповідь саме тим, що ми до 2030 року теж будемо намагатися щось зробити з дитячою смертністю, але основним є покращення здоров'я. Бо як би ми не знижували смертність за рахунок того, що ми будемо витягувати вагітності дуже складні, все, але будемо не зважати на стан здоров'я вже народжених, існуючих, здорових дітей – і ми будемо їх втрачати, ми ніколи не досягнемо нічого.

Тому ще раз перепрошую за емоції, але то є наболіле, тому що ми маємо дієвий інструмент, який не просто знижує смертність, він покращує здоров'я дітей, демедикалізація, зниження поліпрагмазії, рівень обізнаності і навченості батьків, рівень обізнаності суспільства – є електронний навчальний посібник, є буклет, є протокол, навчені вже кафедри. І неможливо нічого зробити, здвинути, тому що не береться воно в розрахунок при реформуванні.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Ірино Миколаївно, я вам дуже дякую.

І ми з Оксаною Анатоліївною, поки ви виступали, ми вже домовились про те, що, справді, ми будемо допомагати, правда, по всіх тих питаннях, які зараз ми чуємо. Те, що ви звертаєтесь – там немає відголосу, я не хочу, щоб ми зараз щось там погане казали в сторону бездіяльності Міністерства охорони здоров'я, ми маємо їм допомагати, ми маємо далі формувати цей діалог, ми маємо посилювати цю роботу.

І ми сформуємо ряд питань, які ми маємо відпрацювати з Міністерством охорони здоров'я по результатах сьогоднішньої зустрічі, я собі вже їх законспектувала. І я обіцяю вам, що ми зробимо спільну робочу групу і будемо тримати на контролі і бити в ту точку до тих пір, поки ці питання не будуть вирішені. Тому що все, що ви говорите, ви говорите ті речі, які працюють, те, що є ефективним. І це просто потрібно брати і робити.

МАТВИЄНКО І.М. Економічним.

СИСОЄНКО І.В. Дякую дуже вам.

Запрошую до наступної доповіді по не менш важливому питанню і проблемі, які є в нашій державі – це дитячий травматизм. У нас величезна кількість, на жаль, дітей, що травмуються – це і побутова травма, і травма дорожнього руху. І з цією проблематикою, будь ласка, Деркач Роман Володимирович – заступник головного лікаря Інституту травматології та ортопедії. Запрошую вас.

ДЕРКАЧ Р.В. Вельмишановна Ірино Володимирівно, Оксано Анатоліївно, шановні колеги. В своїй доповіді я хочу торкнутись питання смертності від дитячого травматизму. Наступний слайд, будь ласка. Як вже казали, було дві великі доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я: в 2009 році та нова доповідь у 2015 році про смертність дітей.

2009 рік. Ця доповідь починалась з того, що травма та насилля є основними причинами загибелі дітей у всьому світі і що травма є головною причиною смертності дітей у віці від 5 до 19 років, а три причини травматизму – дорожній рух, утоплення та отруєння входять до 15-и провідних причин смертності у віковій категорії від 0 до 19 років.

Наступний слайд, будь ласка. Як ви бачите, темп змін дитячого травматизму в країні за 22 роки має приріст майже на чверть, майже 24 відсотки. Далі, будь ласка. В структурі дитячого травматизму локалізація на першому місці мають травми кінцівок, майже 70 відсотків, з них 30 відсотків – це переломи кісток. Як ви бачите, травми голови та шиї складають до 15 відсотків, травми області живота та спини – до 3 відсотків, отруєння грудної клітини – до 2, отруєння та дія токсичних речовин – до 1 проценту, політравма складає 1,2-1,5 відсотка, але вона має найбільш важкі наслідки.

Далі, будь ласка. Вивчаючи питання смертності від травматизму, ми не маємо чого вивчати, бо в країні немає статистики смертності. Як в

дорослому, так і в дитячому травматизмі до сих пір в одному рядку іде смертність від травм, від отруень та інших нещасних випадків чи зовнішнього впливу.

Я наводжу дані Держстату, офіційного нашого органу статистики, аналіз за 5 років, де ми бачимо, що від травм кожен рік гине близько 600-700 дітей. Це складає до 15 відсотків від загальної кількості в структурі смертності дітей. Як ми бачимо, на 100 тисяч населення це майже до 7-8 дітей.

Далі, будь ласка. Але звертає на себе увагу той факт, що, припустимо, в 2016 році загинуло 625 дітей, але маючи статистику смертності при стаціонарному лікуванні, ми бачимо, що померло в стаціонарі лише 175 дітей. Велика кількість дітей гине ще до приїзду бригад швидкої медичної допомоги, велика кількість дітей гине ще до моменту отримання медичної допомоги.

Окремим рядком в статистиці є смертність від ДТП. На сьогоднішній день ми маємо за 2016 рік 116 дітей, які загинули в дорожньо-транспортних пригодах. Цього року, починаючи тиждень безпеки дорожнього руху, ми починали його зі шкіл. Дуже велику увагу потрібно приділяти саме профілактиці, потрібно робити увагу на освіту дітей, бо серед всіх питань травматизму на першому місці стоїть профілактика.

Далі, будь ласка.

На жаль, сумною строчкою з 2014 року у нас додалась ще одна причина смертності, я привожу статистику ЮНІСЕФ, що під час війни на Сході по їх статистиці ми маємо: з березня 2014 по березень 2015 року 109 дітей травмовано, 42 дитини загинуло. Це статистика ЮНІСЕФ.

Далі, будь ласка.

Надання медичної допомоги складається з трьох основних, як я вже казав, складових: це профілактика, а при дитячому травматизмі вона має головне місце; надання медичної допомоги постраждалим з травмами та повна реабілітація постраждалих.

Далі, будь ласка.

Основним напрямком є вивчення предмету. В статистиці ВООЗ ми маємо серед причин смерті не тільки падіння, якщо розглядати, а ми маємо падіння з ліжка, падіння з якогось поверху. Тому українська статистика не входить до ВООЗ, бо у нас немає розділення цієї статистики, щоб аналізувати і порівнювати її зі статистикою смертності світовою.

Друге – це розвиток екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Працюючи спільно з медициною катастроф, ми маємо майже нульову статистику смертності дітей в кареті швидкої медичної допомоги.

Створення травматологічних центрів. Звичайно, допомога травмованим дітям в усьому світі, в Європі повинна надаватися виключно в спеціально створених відділеннях лікарні – це травмцентри, де повинні працювати

спеціально навчені спеціалісти, які можуть надавати повний комплекс медичних послуг травмованій дитині.

Далі, будь ласка. Про статистику ми вже казали, але готуючись до доповіді, я спілкувався з представниками Національної поліції, судово-медичними експертами, і ми маємо в усіх трьох ланках різну статистику. Тому що різні наукові установи в своїх наукових дослідженнях використовують різні критерії статистики. І тому ми маємо різні дані у Міністерства охорони здоров'я, у Держстату, у Нацполіції.

Також дуже складне питання – це визначення питання політравми. У нас немає визначення, що таке політравма, у нас немає такого діагнозу. Якщо буде такий діагноз, ми зможемо спілкуватися однією мовою, як в межах України, між дитячими обласними лікарнями, між травматологічними відділеннями, і ми будемо спостерігати зовсім інші результати лікування.

Будь ласка, далі.

Основний принцип реалізації допомоги – це, звичайно, максимально скоротити час як до приїзду швидкої допомоги, так і до початку лікування, забезпечити повний необхідний об'єм допомоги на догоспітальному етапі, мінімізувати час доставки з первинної госпіталізації важких хворих не до найближчого медичного закладу, а в спеціалізований центр.

Будь ласка, далі.

Навчання спеціалістів. У всьому світі є 2 шляхи надання медичної допомоги постраждалим, як дітям, так і дорослим. Перше, це маршрути транспортування. Друге, це алгоритми дій. На сьогодні швидка допомога везе у найближчий лікувальний заклад.

Коли Ірина Володимирівна відкривала заклад і казала про ту дитину, яка була не в змозі знайти той медичний заклад, який би був оснащений і КТ, і МРТ, і відповідним всім діагностичним та лікувальним обладнанням, то ми кажемо про спеціалізований центр травм, куди повинна була бути доставлена дитина, пройти повністю весь комплекс обстежень і необхідного консервативного та хірургічного лікування.

Сьогодні, ви всі чудово це знаєте, хворих з травмами лікують хірурги, лікують травматологи, лікують там, куди ближче довели.

Будь ласка, наступний слайд.

Хочу трошки розповісти про європейський досвід. Якщо ми у доповіді 2009 року чули, що для досягнення більшої соціальної справедливості в європейському регіоні ВООЗ необхідно усунути несправедливість в області дитячого травматизму. Найбільший тягар травматизму в регіоні несуть країни з низьким і середнім рівнем доходів. Показники смертності від травматизму серед дітей в цих країнах більше, ніж в 3 рази вища, ніж порівняно з країнами з високим рівнем доходів.

В країнах з високим рівнем доходів непропорційно висока частка цього тягаря припадає на малозабезпечені верстви населення, проте лише деякі країни виділили достатньо ресурсів на профілактику ненавмисного



травматизму серед дітей і підлітків. Товариство зобов'язано залучати дітей і підлітків, створюючи для цього безпечні умови навколишнього середовища.

Всі програми в області охорони здоров'я дитини, території регіонів, повинні в обов'язковому порядку включати профілактику дитячого травматизму і боротьбу з ним.

Але якщо казати про доклад 2015 року, там вже зроблені перші аналітичні висновки. Що вони кажуть? Всесвітня асамблея охорони здоров'я, Європейський регіональний комітет ВООЗ і Європейська Рада закликають сектор охорони здоров'я очолити роботу по координації заходів, що вживаються різними секторами для профілактики травматизму. Вони звернули увагу, що заклики ці в 2009 році стали каталізаторами змін у 26-и країнах з 36-и країн, які взяли участь в першому огляді, присвяченому дитячому травматизму. Це 72 відсотки.

Досягнутий прогрес у здійсненні ключових пунктів Резолюції Європейського регіонального комітету. Національна політика розроблена в 20-и з 30-и країн – це теж 70 відсотків. Організований нагляд у 18-и країнах – 60 відсотків. Створено організаційно кадровий потенціал у 17-и країнах. У 31-й країні введена державна політика щодо забезпечення безпеки дорожнього руху. Але тільки половина і навіть менше країн мають політику попередження отруєння, падінь, опіків і утоплень.

За результатами огляду був зроблений висновок про те, що, незважаючи на досягнутий прогрес, сектору охорони здоров'я слід ще більше уваги приділяти розширенню практичних заходів з точки зору як числа програм, так і їх охоплення, і взаємодіяти з іншими зацікавленими партнерами в реалізації багатогалузевих заходів в профілактиці травматизму.

Тобто ми маємо, що за 6 років Європа зробила величезний крок в профілактиці та боротьбі з дитячим травматизмом. І на сьогодні ми в тісній співпраці з координатором ВООЗ по насильству над дітьми та по дитячому травматизму. І ми маємо чітко уявити, що ми повинні зробити. Але це уявлення дасть тільки тоді, коли ми будемо мати чітку статистику, що відбувається в країні.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Романе Володимировичу, дуже вам дякую.

Справді, питання статистики є надзвичайно актуальним. Ми з Комітетом транспорту Верховної Ради, з народними депутатами провели ряд робочих зустрічей, і в тому числі ми проводили в комітеті "круглий стіл" по травматизму, по боротьбі взагалі з травматизмом. І ви знаєте про те, що за результатами зараз сформована робоча група при Кабінеті Міністрів України, в якій ми з вами будемо співпрацювати для того, щоб якраз почати з того, щоб формувати реєстр травм.

Тому що далі важливо розуміти і відслідковувати, а яка смертність вже відбувається після травми на госпітальному рівні. Тому що ми знаємо, що в лікарню привезли, залишили, а що там далі відбувається з людиною, ніхто про це не знає. Яка смертність там, що відбувається, питання реабілітації після травми – оце все комплекс питань, які, я вважаю, ми маємо вирішувати. І поки з моєї ініціативи ми будемо робити пілотний проект в Київській області безпосередньо. І сподіваюсь на нашу з вами ефективну роботу.

Дякую дуже вам.

І бачу, що стоїть пан Чорний, який робить багато усього, щоб питання травматизму, питання травматизму під ДТП все ж таки ми на державному рівні почали нарешті не лише про них говорити, а і вирішувати. Тож дякую дуже вам і дякую, що ви були разом з нами. Дякую.

КИРИЛОВА Л.Г. Ірино Володимирівно, півслова. Я за своє інтегроване ведення, до речі, дуже потужний блок профілактики домашнього побутового травматизму там розглядається і батьки навчаються.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую.

До наступної доповіді запрошую Григорія Івановича Климнюка – наукового керівника відділення дитячої онкології Національного інституту раку, про дитячу онкологію. Це також дуже важливе і болюче питання для нашої держави. Будь ласка.

КЛИМНЮК Г.І. Шановна Ірино Володимирівно, шановні колеги, в структурі дитячої смертності у провідних країнах світу дитяча онкологія посідає перше, друге місця максимум. Однак в Україні це п'яте-сьоме місце з відомих причин. Проте та увага, яка приділяється дитячій онкології і з боку Міністерства охорони здоров'я, і з боку громадського суспільства, і ті кошти, які виділяються щороку на придбання медикаментів, потребують, звичайно, ретельного аналізу ситуації в дитячій онкології.

Але 5 хвилин, структура дитячих онкологічних захворювань. На першому місці лейкемія, мієлопроліферативні захворювання, лімфоїдні новоутворення, ЦНС, нейробластоми, ретинобластоми посідають п'ять перших місць, домінуючи в структурі захворювання. Всі решта солідні пухлини мають від 2 до 10 відсотків.

Наступний. Аналіз за 10 років, проведений Національним канцер-реєстром, ви можете ознайомитися, він є у відкритому доступі. Проте ви бачите статистику: за 10 років виявлено 18 тисяч 14 хворих зі злоякісними новоутвореннями і приблизно по структурі такі, як я навів, розказав до цього.

Далі. Показники 2015 року, це ті, по яким, в принципі, збір статистики вже завершений, оскільки коливання статистичні не настільки виражені в дитячій онкології, вони більш сталі, ми можемо аналізувати, інтерпретувати їх як найбільш останні.

Таким чином загальна кількість випадків захворювання – тисяча 78, загальна кількість померлих – 270, смертність (стандартизований показник) – 4.1 і смертність до року – 15 відсотків. Морфологічно підтверджений діагноз в 94 відсотках випадків і охоплено спеціальним лікуванням 85.

Що стосується показників, одразу хочу порівняти з такими в провідних країнах світу. Скажімо, якщо загалом, без розділу на гематологічні захворювання, про які Світлана Донська буде говорити, показники смертності і виживаності відрізняються від таких провідних країн світу: якщо смертність десь приблизно трохи менша, ніж в два рази, в Україні більше, то виживаність, тривала виживаність від 0 до 20 відсотків в залежності від захворювання.

Далі, це, якщо цікавить, захворюваність як розподіляється від найвищої, як бачите, в центральній полосі України, і в залежності від областей. Статистика зібрана тільки в тих регіонах України, де її можна зібрати на даний час.

Наступний слайд.

Це смертність від злоякісних новоутворень, приблизно протилежна статистиці захворювань. Ми не аналізували причини, тому що все-таки захворюваність дитяча онкологічна це – спорадична, орфанні захворювання, тому провести об'єктивний аналіз на даний час – це велика праця.

Наступний слайд.

За даними національного канцер-реєстру за останні 15 років дитячих онкологічних захворювань збільшилось на 32 відсотки. Знову ж, різні фактори. Як правило, це – стала величина. Вона не залежить від факторів зовнішнього середовища, вона в якійсь мірі залежить від факторів здоров'я батьків. Але, в принципі, більше від віку батьків. І по-друге, за ці 15 років відбулося значне покращення в статистиці, в обліку дитячих онкологічних захворювань. Проте якщо ці фактори прийняти до уваги, тим не менше, все одно ми бачимо об'єктивний зріст онкологічної захворюваності. Але вона не перевищує показники захворюваності, що є в провідних країнах Європи. Рівень смертності, незважаючи на рівень захворюваності, має дещо тенденцію до зниження.

Далі. Смертність від раку, ви бачите в різних вікових групах в залежності від віку і статі різна, вона збільшена в дітей до року внаслідок агресивного перебігу онкологічних захворювань і зменшується по мірі наближення до дорослого віку.

Наступний. Виживаність в Україні саркоми м'яких тканин, це п'ятирічна виживаність за даними національного канцер-реєстру, де персоніфікована інформація, 58 відсотків саркоми м'яких тканин, 41 відсоток нейробластоми високої групи ризику, саркоми Юінга – 42 відсотки. Ці дві позиції максимальний мають відрив від провідних країн світу десь приблизно відсотків 20. Остеогенна саркома приблизно така сама, як в провідних країнах світу, пухлина Вільмса також не відрізняється від даних статистики

провідних країн. Звичайно це пов'язано з суттєвим покращенням фінансування, починаючи з 2004 року, і звичайно стандартизації лікування. Не секрет, що дитячі гематологи, дитячі онкологи були одні, мабуть, з перших в Україні, хто розпочав програмне лікування за протоколами і членство в різних міжнародних студіях.

Так, наступний слайд. Яким чином досягаються ці числа, я можу говорити за наше відділення. Одна з високотехнологічних методик лікування – це аутологічна трансплантація кісткового мозку за означений період, за 12 років – 201 трансплантація, зараз трошки більше, тут з врахуванням цього року вже наближається, мабуть, до 40 тандемних трансплантацій, які підняли ефективність лікування нейробластом, сарком Юінга приблизно відсотків на 15.

Далі. От статистика ви бачите різницю в кривих при застосуванні трансплантації тандемної і одинарної хворих на нейробластому.

Далі. Ви знаєте, готуючись до доповіді, я підняв якусь презентацію 2014 року і в принципі залишилось те саме. Звичайно міняється щось, міняється кількісно, але не якісно.

Адекватність, ритмічність, передбачуваність забезпечення виконання протоколів лікування. Що це означає? Ніби і медикаменти є, ніби і все закупається, проте протокол виконати надзвичайно важко, це цілий комплекс заходів з діагностики, часом, прицезійної генетичної діагностики, імуногістохімічної діагностики. Це ритмічність поставлення препаратів, це невіршеність питання, як важливо в дитячій онкології застосування легітимне застосування препаратів офлейбл, це реєстрація якомога швидше препаратів, яких немає на ринку.

У нас є такий грант – от скільки я займаю посаду завідувача відділення дитячої онкології Національного інституту раку, кожен каденцію ми просимо міністерство зареєструвати безальтернативний для дитячої онкології препарат дактиноміцин: і недорого, і багато його не треба. 20 років неможливо це зробити, а патова ситуація і така гра: листи до міністра, відповідь з обіцянками, препарат не зареєстрований досі.

Упорядкованість морфологічної генетичної діагностики. Інститут референції повинен бути. Він створений завдяки зусиллям Республіканського центру гематології по солідним пухлинам, ще немає законодавчої бази або дуже слабка.

Доступність своєчасної променевої діагностики. Всі знають цю тему: прискорювач один на мільйон населення повинен бути, а у них їх 5-6, ну, може, 7, і то недостатньо технічно високого рівня, для того щоб адекватну допомогу дітям, що призводить до збільшення інвалідизації і віддалених наслідків.

Комунікація. Комунікація і по вертикалі, і по горизонталі, і між суспільством, і між лікарями, і всередині, скажемо, закладів, де займаються лікуванням дітей, надзвичайно важка. Ми якось цю тему зрушили –

організацію мультидисциплінарних консилиумів, коли кожна дитина, кожне принципове рішення, кожна зміна до протоколу, кожне оперативне втручання обговорюється ретельно мультидисциплінарною командою з залученням і дорослих фахівців з профільної локалізації.

Підготовка середнього персоналу. 40 ліжок у відділенні. Вакантних посад медсестер у нас 16. Дві сестри інтенсивної терапії за добу у 40 хворих забезпечити неможливо. Ризики помилок достатньо високі. Плинність кадрів височенна. Звертались скрізь, в усі міністерства, які можуть допомогти. Результат нульовий також, всі, мабуть, розуміють, з яких причин.

Освіта дитячих онкологів та лікарів суміжних спеціальностей. Мова не йде про точкові стажування лікарів, вони були, будуть і їх можна організувати на рівні клініки. Мова йде про державну програму в навчанні системному, отриманні дипломів західного взірця для спеціалістів не лише дитячої онкології. Коли розпочалися трансплантації кісткового мозку? Ну, піднялося на щабель вище? Коли за кошти держави на рік була направлена в Бразилію бригада молодих активних спеціалістів. І з того часу почали у дорослих робити трансплантацію. Якщо зараз направити 3-5 молодих, які знають мови, які існують фізично, спеціалістів на навчання за кордон, через 5 років ми будемо мати абсолютно інакшу дитячу онкологію в Україні.

І структурні зміни в системі надання допомоги та фінансуванні. 530 мільйонів гривень виділено за минулі роки, декларується на 2018 рік, все це на медикаменти. Проте на обладнання, що впливає на доступність і легкість надання допомоги, не виділяється коштів зовсім. І також слід розуміти: якщо інститут приймає половину хворих з солідними новоутвореннями України, половина, решта, лікується в регіональних лікарнях, в областях, які мають населення десь близько мільйона, не може дитячий онколог набути того досвіду, і медична сестра, для того щоб адекватно надавати допомогу, тому що відділення повинно згідно європейським стандартам приймати 30-50 хворих мінімум на рік. Тому мова йде і за структурні зміни організації, можливо, міжобласних регіональних відділень. Це треба прораховувати, розраховувати.

Питання дитячої онкології, все-таки враховуючи увагу, враховуючи, що ним займаються королі і королеви інших держав, все-таки повинна стати пунктом розгляду в тому числі і на Комітеті Верховної Ради з питань охорони здоров'я.

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую за вашу доповідь.

Я хочу сказати, що питання дитячої онкології є дуже болючим для нашої держави, але з розвитком первинної ланки і з тим, як задекларований урядом її розвиток у наступному році, я вважаю, що ми маємо зараз спільно посилити роботу саме з первинною ланкою для того, щоб якраз дитячі онкологи допомагали педіатрам по питанням навчання для того, щоб ми

формували ранню діагностику, тому що, наскільки я розумію, то багато питань лише за візуальними ознаками, які може знати лікар первинної ланки: сімейний лікар чи педіатр – якраз по діагностиці онкозахворювань, ми можемо вже, як кажуть, їх відслідковувати не на тих стадіях, коли вже вони приїжджають до вас до Інституту раку, а коли ще тільки є підстави і ознаки це вирішувати на першому рівні.

Тож я думаю, що це якраз має бути важливою роботою, вона є і менш фінансово затратною, тому що ми всі розуміємо, що набагато важливіше займатися профілактикою і чим раніше діагностувати, ніж потім на останніх стадіях це лікувати. І недостатність коштів Державного бюджету на фінансування якраз в першу чергу має спонукати нас всіх саме до такої діяльності.

Тому я вам дуже дякую. І також я думаю, що в форматі подальших робочих засідань, спільних нарад з Міністерством охорони здоров'я я з задоволенням буду вас запрошувати до спільної нашої роботи.

Дякую вам.

Запрошую до доповіді Світлану Борисівну Донську – завідувача Центру дитячої онкогематології і трансплантації кісткового мозку Національної спеціалізованої дитячої лікарні "ОХМАТДИТ".

Будь ласка, Світлано Борисівно.

ДОНСЬКА С.Б. Дуже дякую за запрошення.

Це не буде практично доповідь, це 5 хвилин. Я думаю, що краще розповісти не про дитячу гематологію взагалі: у нас є онкологічні, неонкологічні захворювання. Від неонкологічних, до речі, теж можна померти. Але онкологічні захворювання більше всіх цікавлять, і я хочу якраз у плані того, з чого починався "круглий стіл": стандартизація, міжнародні протоколи, впровадження, навчання і так далі. Я хочу поділитися нашим досвідом, який практично по часу співпадає з історією незалежної України.

Перший слайд показує те, що написано в рекомендаціях нашої Міжнародної професійної асоціації дитячих онкологів. Діти з онкологічними захворюваннями мають лікуватися у межах контрольованих клінічних студій. Що це означає? Це означає, що повинен бути для кожної нозологічної форми не тільки протокол, а й об'єднання професіоналів, які сумісно виконують це лікування на базових стандартизованих принципах діагностики і терапії і контролюють це – постійно контролюється результат.

Далі. Ми почали саме з цього принципу. Може, того, що у нас були дуже гарні вчителі з Німеччини, і вони почали стажувати наших лікарів за кордоном, і вони привезли це ноу-хау і об'єднали, теж за їх ініціативою.

Ми трошки пасивна нація. І перша наша так звана кооперативна група складалася із зовсім небагатьох регіонів, небагатьох професіональних відділень. І ми адаптували за допомогою колег німецький протокол і почали лікувати.

Чому я розповідаю про гостру лімфобластну лейкемію, я забула сказати, вибачте. Тому що це маркерне захворювання. По-перше, це перше онкозахворювання, де була доведена можливість високого відсотку виліковування саме у дітей. Це перше онкозахворювання, де був здійснений прорив у поліхіміотерапії. І друге, це найпоширеніше захворювання онкологічне дитячого віку. Це 30 відсотків всіх хворих до 18 років з пухлиною.

Ми взяли цей протокол і почали це лікування. І за два роки ми пролікували не так вже багато хворих.

Далі, будь ласка. Це такі самі криві, як показував Григорій Іванович. І ми досягли виліковування у 67 відсотків пацієнтів. Я хочу сказати, що до впровадження стандартизованих протоколів, тобто ще в епоху Радянського Союзу, виживало 5 відсотків цих дітей.

Невелика кількість кооперативних учасників групи, всього 118 пацієнтів. Далі був протокол 1995 року. Нас стало більше. Ми об'єдналися. Це абсолютно добровільно. Ми збиралися раз або два на рік, аналізували результати, обговорювали, що дуже важливо, всі недоліки, всі проблеми, і особливо – детальний аналіз кожного летального випадку. Нас стало трошки більше.

Далі, будь ласка, покажіть результат. На більшу кількість пацієнтів, ми вже пролікували 509 пацієнтів, у нас безпідійне виживання 68%. Тобто ми, виходить, розповсюдили цю технологію більш широко на теренах України.

Далі. Це наступна студія. Це клінічна студія, в якій ми приймали участь у міжнародній клінічній студії, яку організовує дуже поважна професійна асоціація Міжнародна група ВФМ. Тут ще був Крим з нами, на жаль, тепер його немає. Ми пролікували вже дуже багато пацієнтів і результати нашого лікування вже були опубліковані в американському журналі дитячої онкології. І ми досягли 77 відсотків одужання.

Далі, будь ласка. Оце динаміка. Це старий слайд, той, який я демонструвала в Глазго на черговій конференції, і нас як країну прийняли в оцю Міжнародну професійну групу ВФМ як повноцінного, повноправного члена. Це показує те, що ми значно покращили протягом декількох років свої результати, розповсюджені на багато дітей.

Далі, будь ласка. Оце останній протокол, який ми ведемо, він діючий, він не просто міжнародний, він інтерконтинентальний. 17 країн приймають участь у цьому протоколі. Це аналіз вже на дуже велику кількість дітей.

І далі я хочу вам показати ще дві, в чому різниця між тим першим. Поверніть, будь ласка, на один. Тут 77 відсотків. 77 відсотків дітей повністю одужують. Це ті члени кооперативної групи, на сьогоднішній день їх 14 областей, це більше половини України, і це ті, які працюють з нами в цій кооперації роками. А от наступна, вони теж виконують цей протокол – це зараз ноу-хау, яке доступне будь-якому центру клінічному. Але вони ще не мали такого досвіду багаторічної праці в кооперативній групі, яка потім

переросла в нашу професійну "Асоціацію дитячих онкогематологів України", і тому їх результати практично на 10 років запізнюються. Але їх стало, не дуже так багато, більшість охоплена, і тому я можу сказати, що середній рівень одужання гострої лімфобластної лейкемії в нашій країні у дітей на сьогоднішній день становить 75 відсотків. І все, мабуть.

СИСОЄНКО І.В. Світлано Борисівно, дуже вам дякую.

Я знаю, що ви робите все можливе для того, щоб допомагати тим дітям, кількість яких, на жаль, в Україні збільшується. І дуже розраховую на те, що все ж таки ми зможемо разом, спільними зусиллями в чомусь допомагати вам, тим медикам, які щодня, щохвилини рятують наших дітей.

Дуже вам дякую!

Надаю слово Ігорю Анатолійовичу Марцинковському – керівнику відділу психічних розладів дітей і підлітків Українського науково-дослідного інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Дуже прошу, Ігорю Анатолійовичу, оскільки ми всі трішки вибились з часу, ці доповіді дуже ґрунтовні, цікаві, то прошу, щоб ми так дуже тезисно, але почули від вас важливі речі.

Дякую вам.

МАРЦИНКОВСЬКИЙ І.А. Шановні колеги, я дуже дякую, що психіатрам дали слово на такій серйозній і поважній зустрічі. Я буду надзвичайно лаконічним. Скажу тільки про декілька досить банальних, але істин, про які не прийнято говорити, які не прийнято брати до уваги. Мова іде про те, що дитяча смертність і, безумовно, показники дитячої смертності в суспільстві значною мірою пов'язані з психічним здоров'ям і, правильніше, мабуть, сказати, з психічним нездоров'ям.

На цьому слайді я спробував виділити декілька проблем, які є значущими для цього питання, яке ми обговорюємо. Перше, це діти в родинях, батьки яких страждають на психічні розлади. Нещодавно Організація Об'єднаних Націй аналізувала це питання, вони цікавилися статистикою, збирали статистику. На жаль, ситуація зараз поки така, такої статистики немає, немає у нас такого контингенту цілеспрямованої роботи. Хоч ми знаємо, всі фахівці знають, що такі діти є і з такими дітьми надзвичайно важко працювати, чим би вони не хворіли, не обов'язково мова іде про психічні захворювання.

Друга серйозна проблема – це психічні розлади у вагітних. І ми досить маємо багато проблем, з цим пов'язаних, і навіть певних етичних проблем. Скажемо, якщо вагітна жінка має психоз, психотичний розлад чи хворіє на шизофренію, чи можна переривати вагітність? Як її вести? Що робити з цією жінкою? Дуже часто переривають вагітність, що, безумовно, не відповідає жодним міжнародним етичним нормам і принципам, бо такі жінки народжують дітей. Але мова дуже часто іде про післяродову депресію, бо



після родів психози, подекуди це діагностується, подекуди ми бачимо випадки, коли жінки позбавляються дітей, вбивають дітей, і телебачення любить демонструвати такі сюжети. І ми дуже часто не дивимося, що стоїть за цим сюжетом. Що то за мама така, яка таке от вчинила? І подекуди ці психози, ці депресії тривають досить тривалий час, і ми їх діагностуємо через 5, через 6 років після пологів. Тобто це є така проблема.

І ще одна проблема – це психічні розлади у дітей. І, безумовно. Вони також впливають на можливість дитини загинути, вчинити самогубство, а подекуди навіть, дійсно, ми маємо досить несподівані кореляції. Я сьогодні чув надзвичайно цікаву доповідь про травматизм, про те, наскільки наша статистика по причинах смерті і травматизму не відповідає світовим стандартам. І дійсно, якщо би ми подивилися більш уважно, ми би побачили, що серед цих дітей дуже багато дітей з гіперкінетичним розладом, з дефіцитом уваги та гіперактивністю. По суті, такі захворювання в Україні досі не діагностуються і досі не лікуються відповідно міжнародним стандартам, бо відсутні базові лікарські засоби, препарати, які для цього використовуються, психостимулятори. Я вже не знаю, яка проблема для того, щоб забезпечити ринок, щоб на ринку України був "Метилфенідат" відомий з 1960-х років. Але в Україну без проблем завозиться "Метадон", це добра справа, це потрібно. А от з "Метилфенідатом" проблема, ніяк не можуть впоратися "меняючіся команди" працівників, які за це відповідають.

Наступний слайд, прошу. Я не буду багато говорити, казати про те, що я досить тезисно сказав, має досить серйозні наукової обґрунтування. Скажемо, відомо, що наявність психічного розладу обох батьків підвищує ризик раптової дитячої смертності. Наскільки? Майже вдвічі порівняно з популяцією. Причому різниця ризиків раптової дитячої смерті у випадках, коли психічним розладом страдає батько чи мати, тобто однаково високий ризик є. І хоча ми кажемо, що охорона материнства та дитинства, але психічний стан, психічне здоров'я батька таким же чином впливає на виживання дитини. І особливо високий ризик раптової дитячої смерті у дітей батьків при психічних розладах, пов'язаних з алкоголем та наркотиками, притому як шизофренія, наприклад, не супроводжується таким же високим ризиком, як можна було очікувати.

Наступний слайд. Самогубство дітей, батьки яких страждають тяжкими психічними розладами, та ж сама картина. У дітей, батьки яких мають психічні розлади, ризик самогубства в 5-10 разів вище, ніж в популяції. От де епідемія, де діти дійсно гинуть і батьки кожної третьої-четвертої дитини, які вчинили самогубство, в анамнезі ми можемо знайти перенесений тяжкий розлад. Молоді дорослі, батьки яких раніше лікувались з приводу важких психічних розладів, також частіше значно скоюють суїциди, ніж їх однолітки і особливо високий є ризик отруєння у таких молодих людей.

До речі, в контексті тієї розмови сьогодні прийнято говорити про системні речі, ми намагаємось говорити про системні речі, говорячи про

систему охорони здоров'я, говорячи про систему охорони психічного здоров'я, що з цього випливає. Випливає з того, що ми маємо бути готовими надати психіатричну допомогу не десь там в обласній психіатричній лікарні на третьому рівні, а на первинному рівні. Хто має це надавати? Я ніколи не був противником, щоб це надавали лікарі загальної ланки: педіатри, сімейні лікарі. Дуже добре, але хто їх навчить? Чи мають вони такі плани надавати цю психіатричну допомогу? Інакше ми взагалі зруйнуємо механізми доступності до цієї допомоги, тобто давайте визначимось, хто її буде надавати.

І те, про що ми сьогодні говорили, давайте готувати спеціалістів, давайте готувати фахівців, давайте сформулюємо такі завдання. Чи знають сімейні лікарі, який обсяг психіатричної допомоги їм доведеться надавати? Вони навіть розмовляти про це не хочуть. Кажуть: ні, ви не сходьте з розуму. Але якщо ми візьмемо статистичні дані Британії, візьмемо статистичні дані США, у сімейного лікаря 40 відсотків часу це саме ця робота - психіатрична допомога.

І майже останній слайд. Про депресію я говорив, не буду поглиблюватись. Таким чином, я ще раз дякую за надане слово і буду вдячний, якщо нас почують і якщо говорячи про реформування системи допомоги, ми будемо мати ці питання в полі зору.

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Ігорю Анатолійовичу, дуже вам дякую. Я вам дякую, що ви звернули увагу на ті питання, на які ми так глибоко, може хтось і не мислив, але це справді важливе питання і в навчанні, і в співпраці, і саме головне у вирішенні тих питань, які тепер безпосередньо має вирішувати первинна ланка. Тож я вам дуже дякую.

Запрошую до доповіді Андрія Ярославовича Базилевича – президента Світової федерації українських лікарських товариств, проректора з лікувально-профілактичної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, професора.

Будь ласка, Андрію Ярославовичу, дуже тезисно, але ґрунтовно і змістовно.

БАЗИЛЕВИЧ А.Я. Шановна Ірино Володимирівно, шановні колеги, дозвольте дуже коротко, я намагатимусь не затягнути час виступу, але тільки зупинюся на тому, що головне.

Отже, якщо взяти історію взагалі співіснування чи правильно – співпраці громадських організацій, наукової еліти і органів влади, то можемо згадати добрий досвід запровадження антитютюнової кампанії, коли з початку це були самі науковці – це громадська організація, експерти міжнародні і українські, потім доєдналася законодавча база, і тільки після цього ми одержали сучасний стан адекватної боротьби з тютюнопалінням.

Що говорити про аналіз і співпрацю в галузі дитячої смертності і вроджених вад. Це можемо говорити про цей досвід, який вже ми сьогодні почули, але я трошки більше зупинюся на саме деталях, які були упущені, це так званий аналіз і створення такого міжнародного консорціуму. Можна сказати, сукупності науки – це Львівський національний медичний університет, це професор Уоррен, який представляв на той момент Національний інститут здоров'я Сполучених Штатів та його колеги з університету Сан-Дієго, коли започаткувалася така активна співпраця по різноманітних заходах.

Що таке мережа для дітей? Ми вже говорили про статистику. Що зробив за тих 17 років оцей невеликий міжнародний благодійний фонд, який чітко проводив статистику за міжнародними стандартами?

Це є в трьох областях: Хмельницька, Рівненська та Волинська. І дякуючи безпосередньо департаменту охорони здоров'я, акушерсько-гінекологічній службі та педіатричній службі, де чітко фіксуються всі вроджені вади і всі причини смертності дітей. Це дуже важливо, тобто ці анкети, які додатково заповнювала акушерсько-педіатрична і акушерсько-гінекологічна служба, чітку дають реальну статистику за міжнародними стандартами. Всі вади, всі причини вказані тут. І цим ми можемо користуватися, тому ми можемо базуватися на тій реальній ситуації, яка є у нас по вроджених вадах.

І також доєднання асоційованих членів – це Закарпатська, Львівська та Чернівецька області.

Отже, цей міжнародний благодійний фонд чітко верифікує всі вади, причини смертності, а також, що найважливіше, і це додаткова робота педіатра, досліджує причини, які могли бути цих уражень. І запроваджена дуже активна і ефективна електронна система. Прошу звернути на це увагу, це є пошукові інформаційні системи причин вроджених вад смертності.

Також активно проводяться конференції. Це перелік конференцій, що відбулися протягом останніх 2-х років: це формування тверезого способу життя, отут долучалася так само громадська організація "Твереза Україна", Українське лікарське товариство, а також конференція по фетальному алкоголізму, де доєднався Український католицький університет і благодійний фонд "Я не один".

Наступний. На що хочеться увагу ще раз. Тільки ми на сьогоднішній день, і це найбільше сконцентровані зусилля, це є саме профілактика вад, які пов'язані зі Spina bifida. Тобто це фортифікація, де триває уже, ви чули, 17 років, ми втратили за цей час 10 тисяч реальних дітей, які могли би народитися здоровими.

І цього не треба багато. Треба долучитись всім нам: підняти, переговорити, поставити тут питання. Ми можемо: і громадськість, і науковці, і медична громада – можемо вимагати зробити простий крок, вимагати від наших виробників збагачувати фолієвою кислотою борошно. Це

не багато. Чомусь ці наші виробники виробляють, а для українських дітей цього не достати.

І наступний слайд. Тільки систему ми можемо змінити всі разом, об'єднавши громадськість, науку, органи влади – всі разом ми можемо привести до змін. І тут я хочу зупинитися, що "систему можна змінити тільки тоді, коли створиться творча єдність професіоналів" – Майк Фуллан.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякую вам, Андрію Ярославовичу.

Вашим прикладом ми ще раз доводимо всьому суспільству, що справді співпраця є основою будь-якого результату і в тому числі, що багато добрих справ і користь приносять в тому числі ініціативні організації, фонди, міжнародні організації, які долучаються. І це є спільною роботою і представників влади і безпосередньо представників медичної спільноти.

Тож дуже дякую вам і вірю в те, що питання фолієвої кислоти ми разом все ж таки вирішимо для нашої держави обов'язково і найближчим часом.

І до останньої доповіді я запрошую Мостовенко Раїсу Василівну – завідувача інфекційного діагностичного боксованого відділення лікарні "ОХМАТДИТ", з такою важливою останньою темою "Презентація проекту Програми "Здоров'я дітей – старт на все життя".

Будь ласка, Раїсо Василівно.

МОСТОВЕНКО Р.В. Шановна Ірино Володимирівно, шановні колеги, ми всі дуже втомилися. І я буду дуже коротко говорити.

Я дуже довго працюю в педіатрії. Сьогодні дуже уважно слухала кожну доповідь і хочу сказати, не дивлячись на те, проводяться чи не проводяться наради, хто при владі, яке міністерство, могу однозначно сказати, медична спільнота й педіатри завжди працюють! І не дивлячись на те, знали ми чи не знали, буде сьогодні у нас нарада, все-таки педіатри за ініціативою, за основною рушійною силою – Інституту педіатрії, акушерства і гінекології, я не представляю цей інститут, але я представляю асоціацію педіатрів, створили таку програму.

Я дуже коротко вам її скажу, на жаль, не відкрився слайд. Добре, що я взяла свій комп'ютер. Я що хочу сказати? Що таке здоров'я дитини? Здоров'я дитини і людини не може складатися зі складової тільки медичної. Є такі глобальні складові – це соціальна складова, це медична, це психічна.

На жаль, медична складова у всьому, ви всі прекрасно знаєте, хто працює в практичній медицині, не складає навіть 50 відсотків, трошки менше. Тому що дуже багато проблем: є дороги, є відсутність коштів, є недостатня навченість професіоналів, є багато чинників, які не завжди сприяли кращому розвитку ні медицини, ні суспільства. Тим не менше ми все-таки рухались вперед.

І коли, прослухавши абсолютно всі доповіді по летальності, я теж готувала по летальності більш старшого віку, ну, вона так трошки випала.

Можу сказати, якщо порівнювати навіть 80-ті роки, коли країна була в розвитку, я маю на увазі Радянський Союз, і зараз, то все-таки летальність зменшилася. І коли Україна стала незалежною, коли ми стали розвиватися, перше, що ми зробили в цьому плані зменшення, це перинатальні центри. Тут є багато людей, з якими ми співпрацювали тоді і знаємо про ці перинатальні центри. Дійсно, ми зменшили летальність.

Основна увага була по малюковій смертності. Я просто в захопленні від доповіді Бекетової Галини Володимирівни. Яка там питома вага, а питома вага – це фіксація дітей з масою більше 500 грамів.

Так от, для того, щоб зараз вдосконалювати далі нашу педіатрію, Інститут педіатрії, акушерства і гінекології розробив таку програму. Вона була презентована на з'їзді педіатрів, вона була презентована на нараді в Кабінеті Міністрів. Програма складається з 4-х модулів.

Перший модуль – система заходів, спрямованих на зниження малюкової захворюваності та інвалідизації від перинатальної патології та вроджених вад розвитку. Продовжують розроблюватися сучасні профілактичні та лікувальні методи збереження. Вже створена, ви знаєте, кафедра перинатології, хірургії новонароджених і буде впроваджена модель хірургії перших хвилин життя.

Другий модуль – збереження здорових дітей та забезпечення їх гармонійного розвитку. На зараз за даними аналізу, який ми маємо, у нас в школі тільки 1/4 частина дітей абсолютно здорові за даними критеріїв ВООЗ, решта діти мають якісь відхилення. Буде розроблено і впроваджено систему медичного супроводу здорової дитини.

До речі, інтегроване ведення дітей раннього віку, я не розумію, чому б його не впровадити. Це не потребує коштів. Я знайома з цим з 2010 року. Я не знаю, в чому проблема, що досі це не впроваджено. Не треба кошти, а треба його просто впровадити. Будуть вивчені основні причини порушень національного календаря профілактичних щеплень до 6 років і запропоновано способи та шляхи їх усунення. І шляхом прогнозування щодо найбільш розповсюджених патологій у дітей і підлітків будуть розроблені профілактичні заходи усунення ускладнень у працездатному віці. І буде розроблена система медико-соціальних заходів з профілактики порушень встановлення репродуктивної функції у підлітків та популяризації здорового способу життя, що теж не дуже багато потребує коштів, але це треба популяризувати.

Третій модуль – розробка та впровадження нових технологій профілактики та лікування найбільш медико-соціально значимих захворювань в дитячому віці. Буде розроблено і впроваджено комплекс заходів по забезпеченню ранньої діагностики та спеціалізованої допомоги немовлятам з ураженням центральної нервової системи з метою

профілактики інвалідності. Будуть відпрацьовані стандарти сучасної профілактики вказаних уражень і медико-психологічної допомоги. І буде розроблений комплекс заходів, який передбачає попередження прогресування в дітей тяжких інвалідизуючих хвороб печінки, органів травлення і серцево-судинної системи.

І четвертий модуль – соціум і здоров'я людей. Буде вивчено вплив сучасного соціального оточення сім'ї і середовища на формування здоров'я дітей та створення бази даних про вплив медико-соціальних, економічних факторів, умов життя в сім'ї і навколишнього середовища на стан здоров'я дітей. Буде розроблена та апробована система заходів щодо поліпшення стану здоров'я школярів, підвищення ролі сім'ї та школи і збереження здоров'я дитячого населення.

І останнє. Буде зроблена модель медико-психологічного супроводу сімей, які мають дитину-інваліда, та відпрацьовано модель подолання соціальної дезадаптації дітей раннього віку.

І очікуємо результати, що ми все-таки будемо удосконалювати не тільки медичний, а й соціальний захист дітей.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Раїсо Василівно, дуже вам дякую, було цікаво. Ви знаєте, майже підвели резолюцію нашої сьогодні спільної зустрічі.

Я хочу усім подякувати за ту нашу роботу, яку ми провели сьогодні. Я вважаю, що ми були дуже конструктивними. Я конспектувала майже за кожним виступом наших доповідачів. І все те, що сьогодні ми проговорили, все те, що саме ви сформували, має бути подальшою спільною роботою нашою з вами, в тому числі безпосередньо за участю Міністерства охорони здоров'я, ми все це вкладаємо в резолюцію, обов'язково її оприлюднимо, роздамо всім вам, всім присутнім, всім нашим доповідачам, і найголовніше – по результату ми сформуємо спільну нараду з Міністерством охорони здоров'я по вирішенню всіх тих ініціатив, які сьогодні ми з вами сформували, і будемо допомагати нашій медичній спільноті і відстоювати інтереси медичних працівників і найголовніше – формувати вірні дії роботи всіх органів влади.

Дякую всім вам за спільну роботу. Було дуже приємно і дуже цікаво. Дякую.