

# I Міжнародний Конгрес «Від народження до зрілості: міждисциплінарний підхід в збереженні здоров'я людини»

03-05 квітня 2020 року



Доктор медичних наук Дзюблик Я.О. у доповіді «Негоспітальна пневмонія: сучасні підходи до діагностики та етіотропної терапії» зазначив, що пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудатії. Під негоспітальною пневмонією (НП) слід розуміти гостре захворювання,

що виникло в позалікарняних умовах (або було діагностовано в перші 48 год від моменту госпіталізації) та супроводжується симптомами інфекції нижніх дихальних шляхів (лихоманка; кашель; виділення мокротиння, можливо гнійного; біль у грудях; задишка) і рентгенологічними ознаками нових вогнищово-інфільтративних змін у легенях за відсутності очевидної діагностичної альтернативи.

Доповідач зазначив, що стосовно діагностики тільки у незначної частини хворих клінічний перебіг НП може залежати від етіології (гострий початок, лихоманка, біль у грудях тощо можуть бути відсутніми, особливо в ослаблених хворих та в осіб похилого віку). У 25% хворих на НП віком понад 65 років відсутня лихоманка, а лейкоцитоз проявляється лише у 50–70% з них. При цьому часто основними клінічними симптомами можуть бути втомлюваність, слабкість, нудота, анорексія, біль у животі, порушення свідомості, декомпенсація серцево-судинних захворювань. Водночас пізня діагностика та затримка з початком проведення антибактеріальної терапії зумовлюють погіршення прогнозу та перебігу НП.

#### Критерії діагнозу НП:

- Вірогідним діагноз вважається за наявності інфільтрації на рентгенографії та хоча б двох із зазначених клінічних ознак:
  - A) гострий початок і лихоманка;
  - B) кашель із виділенням мокротиння;
  - C) фізикальні симптоми;
  - D) лейкоцитоз/зміни у лейкоцитарній формулі.
- Діагноз вважається ймовірним за наявності анамнезу у поєднанні зі скаргами та фізикальними симптомами.
- Діагноз малоімовірний за наявності анамнезу та скарг.

Крім цього, доповідач зазначив, що часто виникають запитання: Де лікувати? Як довго лікувати? Чим лікувати? Автор зазначив, що згідно зі шкалою CURB-65/CRB-65 можна встановити тяжкість перебігу та необхідність госпіталізації. На завершення були надані деякі рекомендації щодо лікування:

- Нетяжкий перебіг, лікування вдома, немає мікробіологічних даних – лікування впродовж 7 днів.
- Нетяжкий перебіг, лікування у стаціонарі, немає мікробіологічних даних – лікування впродовж 7 днів
- Тяжкий перебіг, лікування в стаціонарі, немає мікробіологічних даних – лікування впродовж 10 днів
- Легіонельозна або синьогнійна інфекція – лікування впродовж 14–21 днів
- Атипові збудники – лікування впродовж 14 днів



1<sup>st</sup> INTERNATIONAL CONGRESS

3-5 APRIL, KYIV, UKRAINE

«FROM BIRTH TO MATURITY:

Interdisciplinary approach in preserving human health»

- Пневмококова інфекція (неускладнена) – лікування впродовж 7 днів
- Стафілококова інфекція – лікування впродовж 14–21 днів
- Грамнегативні ентеробактерії – лікування впродовж 14 днів
- Ускладнений перебіг (емпієма, абсцес) – лікування впродовж 14–21 днів.



Професор Івона Бен-Сковронек у доповіді «Вплив аутоімунних захворювань на інцидентність цукрового діабету 1-го типу та контроль метаболізму у дітей і підлітків» зазначила, що співіснування ендокринної дисфункції з іншими аутоімунними захворюваннями не випадкове, переважно відбувається в певних комбінаціях і класифікується в один із чотирьох типів полігландулярних аутоімунних синдромів. Пацієнти з одним аутоімунним захворюванням більш схильні до розвитку іншого аутоімунного захворювання. Причина аутоімунного каскаду, який вражає інші органи, досі невідома. З'ясування механізмів, які беруть участь у співіснуванні цих захворювань, може бути ключем до розуміння етіопатогенезу аутоімунних захворювань, що викликає велику зацікавленість як у лікарів, так і у вчених до полігландулярного аутоімунного синдрому (ПАС).

На сьогодні запропоновано низку гіпотез для з'ясування механізмів толерантності й аутоімунітету, що призводять до розвитку ПАС, наприклад, зміни, спричинені вірусами в мембранних білках господаря, перехресна реактивність між факторами навколишнього середовища й аутоантигенами або дисфункція імунних клітин. Передбачається, що розвиток поліорганної аутоімунізації може бути викликаний наявністю загального епітопу для факторів навколишнього середовища й ендокринних тканин. В органах, отриманих з одного зародкового шару, можуть експресуватись специфічні антигени, які можуть слугувати мішенню для аутоімунної відповіді.

Згідно з однією з гіпотез патогенезу ПАС, так званою теорією «двох влучань», у генетично схильної людини може розвинути аутоімунний процес після ініціювання інфекційним агентом. Моделі імунопатогенезу ПАС на тваринах підтверджу-

ють теорію вірусної інфекції, а також теорію ефекту супресора. Молекулярна мімікрія характеризується імунною відповіддю на агент навколишнього середовища, який перехресно реагує з антигеном господаря, що призводить до захворювання. Це було підтверджено на тваринній моделі: у мишей, інфікованих реовірусом 1-го типу, розвинулась автоімунна поліендокринопатія.

Доповідач також наголосила, що виділяють чотири типи ПАС.

**ПАС I туну** (автоімунна поліендокринопатія – кандидоз – ектодермальна дистрофія) є моногенним автоімунним синдромом, який спричинений дефектами гена AIRE, розташованого на 21-й хромосомі.

**ПАС II туну** визначається як поєднання автоімунної недостатності надниркових залоз з автоімунним захворюванням щитоподібної залози та/або цукровим діабетом 1-го типу. Характеризується обов'язковою наявністю автоімунної хвороби Аддісона в поєднанні з автоімунними захворюваннями щитоподібної залози (синдром Сміта) та/або цукровим діабетом 1-го типу (синдром Карпентера).

**ПАС III туну** є найбільш поширеним синдромом у дітей із цукровим діабетом і включає наявність автоімунних захворювань щитоподібної залози, пов'язаних з ендокринопатією, відмінною від надниркової недостатності (наприклад, передчасна гонадна недостатність, цукровий діабет 1-го типу). Тиреоїдит зазвичай виникає першим.

**ПАС III туну** може бути розподілений на три підкатегорії:

А. Автоімунний тиреоїдит з імуніопосередкованим цукровим діабетом (ЦД), також відомий як варіант полігландулярного автоімунного синдрому 3-го типу;

Б. Автоімунний тиреоїдит із перніціозною анемією;

В. Автоімунний тиреоїдит з вітиліго та/або алопецією та/або іншим органоспецифічним автоімунним захворюванням.

**ПАС IV туну** – це поєднання органоспецифічних автоімунних захворювань, які не відповідають критеріям ПАС I, II, III.

У висновках доповідач зазначила, що ЦД 1-го типу пов'язаний з іншими автоімунними порушеннями. Неясні рецидивні гіпоглікемії слід розглядати як гіпертиреїдне автоімунне захворювання або хворобу Аддісона, або целіакію, а пацієнти з ЦД 1-го типу повинні бути обстежені для ранньої діагностики інших автоімунних порушень.

**Борис Слонецький** у доповіді «**Дискусійні питання медицини невідкладних станів на догоспітальному етапі**» зупинився на дискусійних законодавчих питаннях медицини невідкладних станів. Доповідач нагадав, що з 1 січня 2025 року екстрену медичну допомогу будуть надавати фахівці, які мають професійну кваліфікацію «парамедик». Доповідач акцентував увагу на тому, що навчання парамедиків **принципово** відрізняється від програми навчання фельдшера, має тривати 3 роки: 2 роки – теоретичне навчання, 1 рік – стажування у бригадах екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Автор ставить запитання: Яку трансформацію з 2019 по 2024 рік має пройти галузь екстреної медичної допомоги, яка нараховує: лікарів – 4391, фельдшерів – 18 646, водіїв – ..... ?

Ще одним важливим питанням, на думку доповідача є Наказ МОЗ України № 1269 (від 05.06.2019 р.) «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги», вихідним джерелом якого є адаптована інформація від Американського Хірургічного Коледжу. Resources for the optimal care of the injured patient. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2006. Автор запитує: а де здобутки та наробки Української школи «Екстреної медичної допомоги», котра існує в статусі незалежної щонайменше з 1991 року?

Адже в Україні існує півтора десятка вищих навчальних медичних закладів додипломної та післядипломної освіти з достатньою кількістю профільних кафедр (!)

Доповідач також згадав Наказ МОЗ України № 759 (від 31.03.2020 р.) «Про затвердження Переліку посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті лікуванням пацієнтів із лабораторно підтвердженими випадками гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, яким здійснюється доплата в розмірі трьох посадових окладів (тарифних ставок)». Доповідач наводить перелік: лікар-пульмонолог, інфекціоніст, патологоанатом, епідеміолог, лаборант, анестезіолог, радіолог, бактеріолог, рентгенолог, вірусолог, лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-терапевт, педіатр, лікарі інших спеціальностей, що безпосередньо зайняті лікуванням лабораторно підтверджених випадків COVID-19, сестра медична, молодша медична сестра (всіх найменувань), екстрений медичний технік (одиноці), реєстратор медичний, сестра-господарка, водій (кого, чого, якого транспортного засобу?)

Доповідач ставить запитання: А де фельдшери та лікарі зі спеціальності «медицина невідкладних станів», які працюють на КШД в окремих приймальних відділеннях?

Усі ці та інші законодавчі моменти, на думку автора, є дуже важливими та надзвичайно актуальними на сьогодні та потребують скорішого доопрацювання.



Професор **Маньковський Б.М.** у своїй доповіді «**Сучасні принципи лікування хворого на цукровий діабет 2-го типу**» акцентував увагу на тому, що проблема цукрового діабету стає все більш актуальною в світі, причому не тільки для ендокринологів, але й для фахівців інших спеціальностей та суспільства в цілому. Дані статистики засвідчують стрімкий ріст цієї патології – у 2000 році у світі зареєстровано 151 млн випадків цукрового діабету, а в 2017 році – вже 425 млн випадків. До того ж відома печальна статистика – кожні 6 с у світі одна людина помирає від ускладнень цукрового діабету.

«Що ми можемо зробити для покращення життя наших пацієнтів?» – запитує доповідач. І зазначає, що перш за все – це досягнення цільових значень глікемії. Згідно з останніми рекомендаціями стосовно цукрового діабету 2020 року стратегічним є досягнення і підтримання рівня глікозильованого гемоглобіну менше 7%. Доповідач нагадав, що рівень глікозильованого гемоглобіну відображає стан за 3 міс до моменту здачі аналізу. Водночас, згідно з рекомендаціями, рівень глюкози крові натще має залишатись у межах 4,4–7,2 ммоль/л, а через 2 год після вживання глюкози – до 10 ммоль/л. Ця тактика дозволяє уникнути ускладнень цукрового діабету.



Професор **Іркін О.І.** у своїй доповіді «**Первинна допомога хворим на гострий коронарний синдром**» зазначив, що гострий коронарний синдром (ГКС) є однією з основних проблем охорони здоров'я у сучасному світі. У США близько 1,5 млн людей щорічно страждають на ГКС, при цьому 2/3 складають ГКС без елевації ST та 1/3 – з елевацією ST. В Європі ГКС є основною причиною смертності, яка становить близько 741 тис. випадків щорічно.

Доповідач зауважив, що надзвичайно важливою є правильна і своєчасна діагностика даної патології. Так, при больовому синдромі необхідно оцінювати його інтенсивність та тривалість, локалізацію, характер, іррадіацію та супутні явища. Водночас попередньо діагноз можна встановити за допомогою ЕКГ, знятого у 12 відведеннях, яке має бути проведене якомога швидше. Крім того, ЕКГ є моніторингом, який рекомендований усім STEMI-пацієнтам. Доповідач також наголосив, що медичний та парамедичний персонал, який надає допомогу пацієнтам з підозрою

на інфаркт міокарда, повинен мати доступ до дефібрилятора і володіти базовим навичками серцевої реанімації. Доповідач акцентував увагу на тому, що терапія має починатись якомога раніше, оскільки саме це дає найкращі результати.



Значну зацікавленість викликала доповідь професорів **М.М. Кочуєвої** та **М.М. Селюк** «Нові підходи до оцінювання факторів ризику для вибору оптимальної тактики лікування артеріальної гіпертензії». Доповідачі наголосили, що факторами ризику артеріальної гіпертензії (АГ) є статеві приналежність (чоловіки хворіють більш часто, ніж жінки), вік, спадковість, куріння (як в минулому, так і у теперішній час), надмірна маса тіла чи ожиріння, дисліпідемія (підвищений загальний холестерин, зниження ЛПВЩ), цукровий діабет, ранній початок ССЗ (у чоловіків до 55 років, у жінок до 65 років), ранній початок менопаузи, малорухливий спосіб життя, психосоціальні та соціально-економічні фактори, ЧСС більше 80 ударів за 1 хв.

Доповідачі також зазначили, що при поєднанні факторів ризику їхній негативний вплив суттєво збільшується. Крім того, доповідачі окремо зупинились на проблемі метаболічного синдрому, який є комплексом факторів ризику розвитку ССЗ і зустрічається у 10–20% дорослого населення та є причиною більш ніж 50% нових випадків цукрового діабету 2-го типу. Діагностичні критерії метаболічного синдрому передбачають наявність будь-яких трьох із п'яти наступних ознак:

- центральне ожиріння (окружність талії більше 88 см і 94 см);
- підвищення рівня тригліцеридів вище 150 мг/дл (1,7 ммоль/л) або нормальний рівень тригліцеридів при застосуванні відповідної терапії;
- зниження рівня ЛПВЩ нижче 40 мг/дл (1 ммоль/л) у чоловіків, нижче 50 мг/дл (1,3 ммоль/л) у жінок або нормальний рівень ЛПВЩ при вживанні відповідної терапії;
- артеріальна гіпертензія (АТ  $\geq 130/85$  мм рт.ст. або нормальний АТ, контрольований гіпотензивними препаратами);
- підвищення рівня глюкози плазми  $\geq 100$  мг/дл (5,6 ммоль/л) або терапія гіперглікемії.

Доповідачі також наголосили на важливості та актуальності таких синдромів, як синдром раннього васкулярного старіння та синдром гемодинамічного старіння.

Увагу було акцентовано на необхідності враховувати під час роботи з хворими на артеріальну гіпертензію. Необхідно:

- Включення питань нефрології в спектр професійних інтересів сімейного лікаря (!)
- Використання універсальних підходів до профілактики ураження органів-мішеней (серця, судин, мозку, нирок, печінки).
- Впровадження в клінічну практику методів ранньої діагностики ураження нирок.
- Раціональний персоналізований вибір кардіологічних препаратів з оцінюванням впливу на нирки та інші органи-мішені.

У доповіді «Первинна медико-санітарна допомога: всебічний підхід до здоров'я» професор **Хуан Мендив** акцентував увагу на основних аспектах первинної медико-санітарної допо-

моги – пацієнтоорієнтованість, доступність, пакет медичних послуг, знання поза конкретною хворобою. Доповідач окремо наголосив на важливості проблеми емоційних порушень у людей похилого віку та необхідності правильного їх ведення в умовах ПМСД. Необхідно брати до уваги всі чинники та використовувати всі можливості, у тому числі психологічну підтримку, медикаментозне лікування за показаннями та інші, такі, як соціальна допомога, волонтерство.

Доповідач розповів про важливість холістичного підходу у ПМСД, що передбачає врахування індивідуальних та вікових особливостей (діти, підлітки, постменопауза, пенсійний вік тощо), можливість інтегрувати профілактичний підхід в різні моменти життя, бачення, спрямоване на благополуччя, можливість інтегрувати дослідження як у навчальний процес, так і в менеджмент психічного здоров'я фахівцями ПМСД. Наприкінці свого виступу автор навів цитату Михайла Мармонта: «Якщо головними детермінантами здоров'я є соціальні аспекти життя, то таким же має бути і лікування».

**Матей Балк** у доповіді «Четвертична профілактика» зупинилась на позитивних і негативних тенденціях сучасної медицини. Наприклад, необґрунтоване переконання, що чим більше лікарських засобів, тим обов'язково краще лікування, і, як наслідок, зростаючі проблеми через «занадто велику кількість ліків», гіпердіагностику і надмірне лікування, все більше і більше контрольних аналізів, обстежень і лікування. А невіправдані медичні втручання призводять до непотрібної витраті коштів і завдають прямої шкоди як хворим, так і здоровим людям. Доповідач запитую: що потрібно з цим робити? На думку автора, насамперед необхідно перешкоджати поширенню гіпердіагностики, оцінювати і надавати нові докази своєчасних і відповідних діагностичних процедур, покращувати навички спілкування, необхідні для інформування пацієнтів і їхніх сімей про фактичне значення діагнозу.

Доповідач зазначила, що за останні 50 років було впроваджено три рівня профілактики:

- 1) первинна профілактика – заходи щодо запобігання або елімінації причин захворювання на рівні індивіда та/або населення, щоб не допустити розвиток захворювання;
- 2) вторинна профілактика – заходи щодо виявлення захворювань на ранніх стадіях їх розвитку, що призводить до швидкого одужання або запобігання поширенню захворювань;
- 3) третинна профілактика – заходи щодо зменшення впливу хронічних захворювань на життя людини або популяції, для запобігання повної або часткової втрати функцій, наслідків та ускладнень як гострого, так і хронічного стану.

Однак автор наголошує, що навіть профілактика може принести шкоду. Наприклад, під час первинної профілактики деякі профілактичні втручання мають значні переваги для здоров'я (такі, як імунізація проти поліомієліту), а деякі втручання завдали значної шкоди, такі, як кампанія імунізації проти грипу під час недавньої пандемії грипу, що завдала значної шкоди сотням дітей, які на сьогодні страждають від нарколепсії, спричиненої вакциною.

У вторинній профілактиці доведено, що профілактичні огляди не знижують ні захворюваність, ні смертність, ні за-

моги – пацієнтоорієнтованість, доступність, пакет медичних послуг, знання поза конкретною хворобою. Доповідач окремо наголосив на важливості проблеми емоційних порушень у людей похилого віку та необхідності правильного їх ведення в умовах ПМСД. Необхідно брати до уваги всі чинники та використовувати всі можливості, у тому числі психологічну підтримку, медикаментозне лікування за показаннями та інші, такі, як соціальна допомога, волонтерство.

Доповідач розповів про важливість холістичного підходу у ПМСД, що передбачає врахування індивідуальних та вікових особливостей (діти, підлітки, постменопауза, пенсійний вік тощо), можливість інтегрувати профілактичний підхід в різні моменти життя, бачення, спрямоване на благополуччя, можливість інтегрувати дослідження як у навчальний процес, так і в менеджмент психічного здоров'я фахівцями ПМСД. Наприкінці свого виступу автор навів цитату Михайла Мармонта: «Якщо головними детермінантами здоров'я є соціальні аспекти життя, то таким же має бути і лікування».

**Матей Балк** у доповіді «Четвертична профілактика» зупинилась на позитивних і негативних тенденціях сучасної медицини. Наприклад, необґрунтоване переконання, що чим більше лікарських засобів, тим обов'язково краще лікування, і, як наслідок, зростаючі проблеми через «занадто велику кількість ліків», гіпердіагностику і надмірне лікування, все більше і більше контрольних аналізів, обстежень і лікування. А невіправдані медичні втручання призводять до непотрібної витраті коштів і завдають прямої шкоди як хворим, так і здоровим людям. Доповідач запитую: що потрібно з цим робити? На думку автора, насамперед необхідно перешкоджати поширенню гіпердіагностики, оцінювати і надавати нові докази своєчасних і відповідних діагностичних процедур, покращувати навички спілкування, необхідні для інформування пацієнтів і їхніх сімей про фактичне значення діагнозу.

Доповідач зазначила, що за останні 50 років було впроваджено три рівня профілактики:

- 1) первинна профілактика – заходи щодо запобігання або елімінації причин захворювання на рівні індивіда та/або населення, щоб не допустити розвиток захворювання;
- 2) вторинна профілактика – заходи щодо виявлення захворювань на ранніх стадіях їх розвитку, що призводить до швидкого одужання або запобігання поширенню захворювань;
- 3) третинна профілактика – заходи щодо зменшення впливу хронічних захворювань на життя людини або популяції, для запобігання повної або часткової втрати функцій, наслідків та ускладнень як гострого, так і хронічного стану.

Однак автор наголошує, що навіть профілактика може принести шкоду. Наприклад, під час первинної профілактики деякі профілактичні втручання мають значні переваги для здоров'я (такі, як імунізація проти поліомієліту), а деякі втручання завдали значної шкоди, такі, як кампанія імунізації проти грипу під час недавньої пандемії грипу, що завдала значної шкоди сотням дітей, які на сьогодні страждають від нарколепсії, спричиненої вакциною.

У вторинній профілактиці доведено, що профілактичні огляди не знижують ні захворюваність, ні смертність, ні за-



гальний ризик серцево-судинних захворювань і раку, але збільшують кількість нових діагнозів, інцидентність непотрібного лікування та можуть істотно погіршити якість життя здорових людей (!)

Приклад шкоди третинної профілактики – використання антиаритмічних засобів при інфаркті міокарда, що призводить до зниження аритмії, але на протигагу збільшує смертність, інтенсивний глікемічний контроль, хоча і знижує рівень глікозилюваного гемоглобіну, але не зменшує смертність.

У висновках автор нагадала про посил, який потрібно тримати в голові: Необхідно інформувати пацієнтів не тільки про користь дослідження, але також про потенційну шкоду (!) Це не означає, що скринінг завжди погана ідея – це просто означає, що скринінг завжди має наслідки (!) Доповідач зазначила, що всі програми скринінгу можуть завдавати шкоди, однак деякі з них приносять більше користі, ніж шкоди, ще й при розумній вартості.

Професор **Пухлик С.М.** представив доповідь «**Помилки в діагностиці та лікуванні алергічного риніту**» та нагадав, що найчастіше до ЛОР-лікаря пацієнти звертаються зі скаргами на закладеність носа, утруднення носового дихання, першіння або біль у горлі при ковтанні. Однак, на думку доповідача, слід пам'ятати, що лікарі найчастіше під «закладенням носа» мають на увазі симптоми назальної блокади, у той час як пацієнти можуть називати «закладеністю» абсолютно різні речі – назальну блокаду, ринорею, слизу носоглотці, відчуття тяжкості в голові, закладеність вух.



Професор нагадав, що алергічний риніт – це IgE-опосередкована запальна відповідь слизових оболонок носа після контакту з алергенами, симптоми якого включають в себе ринорею (передню або задню), виділення з носа, закладеність носа, носовий свербіж і чхання. Доповідач наголосив, що пацієнти з даним захворюванням мають лікуватись у тандемі з алергологом. Однак, окрім антигенів, провокувати клінічні прояви алергічного риніту можуть такі тригерні фактори, як інфекції, неспецифічні подразники, тютюновий дим, поллютанти, холодне повітря, протяги, що свідчить про формування неспецифічної гіперреактивності. Антигістамінні препарати, механізм дії яких пов'язаний з дією на рецептори гістаміну, медіатора алергічної реакції негайного типу, тривалий час активно використовуються для симптоматичного лікування алергічного риніту, кропив'янки, проявів харчової і лікарської алергії тощо. Доповідач наголосив, що препаратами першого вибору для лікування алергічного риніту є антигістамінні препарати другого покоління.

Доктор медичних наук **Хуан Мендив** у своїй доповіді «**Функціональні розлади травного тракту і Римські критерії з точки зору ПМСД**» нагадав, що функціональні розлади травного тракту є поширеною проблемою серед населення в цілому. Це зумовлює значний попит на консультації з даної патології у первинній медико-санітарній допомозі і може становити до 10% обсягу всіх консультацій лікарів загальної практики у західних країнах. А якщо симптоми є досить серйозними, це може мати значний вплив на якість життя пацієнта. Професор представив **клінічний випадок** з практики:

Роза, 42 роки

Абдомінальний біль протягом дуже тривалого часу (місяці), однак не щодня, а 2–3 рази на тиждень. Зазвичай біль слабшає після дефекації. Зазначає, що іноді виділяється рідкий кал.

Доповідач запитусе: Про що у пацієнтки потрібно уточнити? Чи відомо нам, в чому проблема пацієнтки на даному етапі?

Життя Розі: не працює, доглядає за батьком (вдівець, хвороба Альцгеймера). Має двох дітей (12 і 10 років). Чоловік – рибалка. Багато подорожує.

З анамнезу: часто відвідує сімейного лікаря через біль у спині, головний біль, диспепсію. Сімейний лікар давав направлення на аналіз крові і виписував спазмолітики в таблетках. Кілька разів зверталась до екстреної медичної допомоги через приступи тахікардії і запаморочення. Пацієнтка повернулася до сімейного лікаря через 10 днів, щоб дізнатися результати аналізу, який був в нормі, при цьому вона зазначила, що легше їй не стало.

Цитую «Зі мною явно щось не так ... Скеруйте мене до вузькоспеціалізованого гастроентеролога ...»

Питання: Чи необхідно направляти її на додаткові обстеження? Чи можемо ми встановити діагноз, базуючись тільки на симптоматиці? Наскільки ми можемо бути в цьому впевнені?

У пацієнтки з огляду на зазначене вище є синдром подразненого кишечника. Немає необхідності застосування інших обстежень для виключення органічних уражень. Базуємось на Римських критеріях – Римські I (1990) та Римські IV (2016) (остання версія).

Згідно з Римськими критеріями IV, які розроблені для ПМСД і не пов'язані з гастроентерологією, до функціональних розладів належать:

- Функціональна диспепсія
- Синдром подразненого кишечника (СПК)
- Функціональний закреп
- Функціональна діарея

Професор також наголосив на необхідності звертати увагу на наявність «так званих червоних прапорців», тобто ознак, які мають викликати занепокоєння – кров у калі, анемія, неспостережувана втрата маси тіла, сімейний анамнез колоректального раку або СПК, несподіваний початок у людей віком старше 50 років.

На завершення доповідач навів рекомендації NICE стосовно дієти:

- Регулярно харчуйтеся і виділяйте достатньо часу, щоб поїсти.
- Уникайте пропуску прийомів їжі або довгих проміжків між прийомами їжі.
- Пийте принаймні 8 чашок рідини в день, особливо воду або інші напої без кофеїну, наприклад, трав'яні чаї.
- Обмежте чай і каву до 3 чашок в день.
- Зменшіть споживання алкоголю і газованих напоїв.
- Може бути корисно обмежити споживання продуктів з високим вмістом клітковини (таких, як мука грубого помелу або борошно з високим вмістом клітковини і хліб, крупи з високим вмістом висівків і цільних зерен, таких, як коричневий рис).



У доповіді «**Харчування у попередженні та лікуванні коронавірусної інфекції COVID-19**» **О. Швець** зазначив, що сьогодні дієтичні інтервенції за наявності коронавірусної інфекції COVID-19 розглядаються як підтримуючі. За відсутності великих та тривалих досліджень щодо впливу моделей харчування та окремих нутрієнтів на ризик та перебіг хвороби спеціалісти у галузі харчування пропонують використовувати наявну інформацію щодо ролі дієти в оптимізації імунної

відповіді назагал та зокрема у відношенні вірусних інфекцій. Вплив більшості нутрієнтів, про які далі піде мова, на коронавіруси, що викликають SARS-CoV-2, ще не був вивчений або відповідні дослідження шойно розпочалися. Доповідач розпо-

вів про потенційно ефективні інгібітори цитокінів, серед яких:

- Куркумін демонстрував здатність пригнічення вивільнення цитокінів при «цитокіновому штормі» під час спалаху Еболи.
- Бергамот – стимулює продукцію протизапального цитокіну IL-8 і пригнічення запалення у легенях.
- Флавоноїди (ресвератрол, лютеолін) можуть загалом пригнічувати експресію відповідних генів та секрецію цитокінів.

Доповідач нагадав про ключові вірусні протеази, які забезпечують реплікацію вірусу і є потенційними терапевтичними мішенями:

- 3-хімотрипсин-подібна протеаза (3CLpro) – ключовий білок коронавірусу.
- Папаїн-подібна протеаза (PLpro) – фермент, який є критично важливим для інвазії та реплікації вірусу.
- РНК-залежна РНК-полімераза (RdRp) – незамінний фермент, який забезпечує реплікацію/транскрипцію РНК-коронавірусу.
- Протеїн шипів (Spro) – коронавірус на власній поверхні має шипи, білки яких зв'язуються з рецепторами клітинних мембран та забезпечують інвазію.

Водночас доповідач зазначив, що існують потенційні можливості впливу на вірусні протеази. Дослідження «in silico» оцінювало можливість флавоноїдів впливати на коронавіруси через пригнічення ключової протеази 3CLpro. Було встановлено, що багато флавоноїдних речовин мають подібну молекулярну структуру та біологічну дію до нелфінавіру – одного з перспективних протівірусних препаратів для лікування COVID-19. А наступні флавоноїди рослинного походження потенційно здатні інгібувати 3CLpro: кемпферол, кверцетин, лютеолін-7-глікозид, деметоксикуркумін, гесперидин, нарингенин, апігенін-7-глікозид, олеуропеїн, куркумін, катехін, епігалокатехін.

Окрім цього, багато вітамінів, мінералів, мінорних харчових речовин мають доведену імунomodуючу дію. На завершення доповідач виклав загальні рекомендації щодо зменшення ризику вірусних інфекцій:

- Дотримуватись офіційних рекомендацій медичних організацій – миття рук, соціальне дистанціювання, носіння маски є критично важливими для зменшення ризику COVID-19.
- Постійна та максимальна чистота – носіння рукавичок в аптеках та магазинах, протирання ручок магазинних візок, ретельне регулярне прибирання в оселі з протиранням спиртовмісними розчинами тих поверхонь, з якими відбувається найбільш частий контакт.
- Дотримання рекомендацій щодо здорового харчування – будь-ласка, відвідайте сайт [prozdorove.com.ua](http://prozdorove.com.ua)
- Вживання зелені та спецій у більшій кількості, якщо це не протипоказано внаслідок наявних захворювань.
- Пийте більше чистої фільтрованої води.
- Обмежте споживання цукру – його вживання пригнічує функцію лейкоцитів, намагайтесь скоротити добову кількість цукру до менше 25 грамів.
- Витрачайте достатньо часу для сну, відпочинку та фізичної активності.

У доповіді «**Медичне спостереження за новонародженими з перинатальним ризиком – алгоритм дій дитячого лікаря**» професор **Шуцько Є.Є.** наголосила, що своєчасне оцінювання стану, діагностика та медичне спостереження дозволяють зберегти життя та здоров'я дитини. Доповідач зазначила, що серед світових надбань неонатології є збільшення питомої ваги передчасних пологів та виживання дітей з масою тіла менше 1500 г, збільшується виживання новонароджених з вродженою, спадковою та перинатальною патологією, впроваджуються нові технології медичної допомоги, наприклад, стабілізація стану пе-



редчасно народженої дитини, а не «реанімація».

Професор наголосила, що перинатальний ризик – це сукупність медико-біологічних факторів з боку матері та дитини, які, хоча і діють в період внутрішньоутробного розвитку та ранній неонатальний період, однак мають довготривалий несприятливий вплив на стан здоров'я та розвитку дитини. Перинатально асоційовані захворювання – це захворювання, які розвиваються внаслідок морфофункціональної незрілості у передчасно народжених дітей, а також внаслідок впливу несприятливих факторів на стан плода та новонародженого в перинатальний період. Доповідач наголосила, що на підставі ризиків новонароджених можна класифікувати як здорових новонароджених, дітей з високим ризиком, так і хворих новонароджених.

Професор зазначила, що до факторів високого перинатального ризику належать:

1. Стан матері та пов'язані з ним ризики для плода та дитини:

- Вік матері
- Соціально-економічний стан сім'ї, несприятливі звички матері
- Недостатнє харчування під час вагітності
- Захворювання матері
- Цукровий діабет
- Гестаційний діабет
- Захворювання щитоподібної залози
- Захворювання нирок
- Інфекція сечостатевої шляхів
- Артеріальна гіпертензія
- Хвороби серцево-судинної системи
- Хвороби легень

2. Внутрішньоутробний розвиток:

- Затримка розвитку плода
- Перинатальні втрати
- Безпліддя в анамнезі
- Невиношування вагітності в анамнезі
- Передчасне народження дитини
- Безсимптомна бактеріурія
- Преєклампсія при вагітності
- Багатоводдя, маловоддя
- Багатоплідна вагітність

3. Акушерські фактори ризику:

- Передчасні пологи
- Вроджені вади розвитку у попередніх немовлят
- Кровотеча на ранніх термінах вагітності
- Кровотеча у III триместрі
- Передчасний розрив плодових оболонок
- Хоріоамніоніт, гіпертермія матері в пологах
- Дистрес плода.

Для педіатра важливим є визначити клінічну проблему, яка може виникнути у дитини. Якщо це можливо, необхідно ретельно спостерігати за дитиною для своєчасного виявлення проблеми і забезпечення раннього початку лікування. Необхідно намагатися передбачити та попередити проблеми у немовлят з високим ризиком з метою запобігання розвитку невідкладних станів та їх лікування шляхом проведення моніторингу стану дітей для виявлення погіршення стану або порушення розвитку.

На завершення доповідач наголосила на важливості профілактики несприятливих перинатальних наслідків, до яких належать антенатальна профілактика стероїдами при загрозі передчасних пологів, стабілізація стану при народженні від-

повідно до сучасних рекомендацій, рання неінвазивна респіраторна підтримка, сурфактантна профілактика та терапія за показаннями, моніторинг сатурації, артеріального тиску, ЧСС, раннє ентеральне та парентеральне харчування, дотримання теплового ланцюжку, обґрунтована та ефективна антибактеріальна терапія, застосування методу «мати-кенгуру».

Професор **Чухрієнко** у своїй доповіді «Комплаєнс між сімейним лікарем та пацієнтом у реалізації пацієнт-орієнтованої стратегії» звернула увагу на те, що кожен з лікарів хоче досягнути особистісного успіху, який передбачає наявність чотирьох факторів: знання, навички, особистісні якості, мотивація. Однак необхідно вміти донести це до наших пацієнтів через так зване адаптивне використання цих чотирьох компонентів разом з емоційним компонентом та інтелектом лікаря, а для досягнення ефективної комунікації з пацієнтом потрібно враховувати та оцінювати комплаєнс.



Основна задача комунікативних якостей лікаря в сучасних умовах – це набуття та утримання пацієнтів, що потребує чіткої структури кожної консультації. Найпростіша структура: тезис, аргумент, пояснення аргументу. Не слід забувати про зоровий контакт з пацієнтом та одяг лікаря, оскільки ці два моменти насамперед сприймаються пацієнтами. Однак всі пацієнти різні і відповідно спілкуватись з ними потрібно по-різному, в тому числі використовувати зворотний зв'язок і реакції пацієнта, прагнути до емпатії у спілкуванні. Особливо важливим є розуміння та контакт з пацієнтом при хронічних захворюваннях, оскільки це буде тривале, а в деяких випадках – пожиттєве лікування. Необхідно залучати пацієнтів до розробки плану лікування, пояснювати необхідність тих чи інших призначень, у тому числі використовувати друковані матеріали. Лікарю обов'язково потрібно звертати увагу на маркери відсутності прихильності дотримання лікування – психологічні проблеми, когнітивні порушення, неадекватні рекомендації сімейного лікаря, погана інформованість, складність призначеної терапії, висока вартість лікування, оскільки врахування цих факторів дозволить покращити результати лікування.

Професор **О. Яблонь** у своїй доповіді «Передчасно народжені діти – катамнез під час карантину» наголосила на важливості такого поняття, як корегований вік дитини, який визначається зменшенням хронологічного віку на різницю між нормальним гестаційним віком та гестаційним віком дитини при народженні. Доповідач нагадала, що оцінювання розвитку передчасно народженої дитини проводиться за скорегованим віком, а катамнестичне спостереження – це система заходів з моніторингу за розвитком дитини з групи ризику з метою раннього виявлення відхилень для профілактики можливих захворювань.

За даними статистики, недоношених дітей не стає менше, а в умовах карантину кабінети катамнезу не працюють. Однак ці пацієнти не можуть залишатись без нагляду, тому зараз ця відповідальність лягає на сімейних лікарів та педіатрів, оскільки віддаленими наслідками недоношеності можуть бути порушення неврологічного розвитку, когнітивні проблеми і затримка розвитку, порушення зору, слуху, анемія, остеопенія та смертність. Основні моменти, які потребують корекції при веденні передчасно народжених дітей – це контроль і корекція вигодовування. Доповідач особливо наголосила, що підсилене харчування має бути припинене після корекції дефіциту маси тіла відповідно віку. Професор окремо зупинилась на питанні, що часто виникає – введення прикорму. Вона акцентувала увагу на

тому, що існуючі настанови для доношених дітей не можуть застосовуватись для недоношених дітей, а одним із маркерів можливості додавання прикорму є зникнення або зменшення рефлексу висування язика. Також важливим є те, що дитина може сидіти, гарно тримати голову та нахилитись до ложки.

Ще одним важливим моментом є оцінювання когнітивного розвитку дитини, яка здійснюється за допомогою спеціальних шкал згідно з корегованим віком. Профілактика анемії теж є надзвичайно актуальним питанням, тому всі недоношені діти, які перебувають на грудному вигодовуванні, повинні отримувати 2–3 мг/кг заліза на день.

Профілактика інфекційних захворювань та поліпшення імунітету залишається відкритим питанням. Однак на сьогодні вважається, що вакцинація недоношених дітей може розпочинатись після досягнення маси 2000 г. Водночас календар щеплень не відрізняється від такого для доношених дітей. З метою посилення імунітету можуть застосовуватись пробіотики та вітаміни, в тому числі вітамін D.

У висновках доповідач наголосила, що недоношені діти потребують ретельного спостереження протягом перших 3 років життя з регулярним оцінюванням фізичного та психомоторного розвитку, з корекцією харчування та саплементацією необхідних вітамінів та мінералів.

**Олег Чабан** у своїй доповіді «Тривожний пацієнт переляканого лікаря в наляканому світі, або як «коронастрес» впливає на соматичне здоров'я» зазначив, що для стресових розладів більш значимим є хронічний невротичний фон, ніж сам стрес. Будь-який пацієнт лікаря-інтерніста, який виявляє ознаки патологічних емоцій (тривога, паніка, фобії, депресія...) стає проблемним для лікування та відновлення, знецінює зусилля лікаря, що поступово призводить до синдрому професійного вигорання лікаря.



Доповідач перерахував основні ознаки стресового напруження: неможливість зосередитися на чомусь, надто часті помилки в роботі, погіршення пам'яті, надто часте виникнення почуття втоми, дуже швидка мова, частий біль (спина, голова, ділянка шлунка), підвищена збудливість, робота не приносить попереднього задоволення, втрата почуття гумору, різко збільшена кількість випалюваних цигарок, потяг до алкогольних напоїв, постійне відчуття голоду, втрата апетиту, взагалі втрачений смак їжі, неможливість вчасно завершити роботу.

Найчастішими проявами стресу у жінок є головний біль, аж до мігренозного, прив'язка до предменструального періоду, спазми в животі, тяжкість ковтання, печія та/або нудота, втрата волосся, незрозумілий біль у грудях, спині, ший, часті позиви до сечовипускання, хронічна втома, зниження, аж до відсутності лібідо, порушення менструального циклу (аж до аменореї), висока тривожність, безсоння, тонкосльозистість.

О. Чабан пояснив, чому тривога заважає ефективно лікувати соматичного пацієнта:

- Неврахований емоційний розлад буде суттєво впливати на терапевтичну відповідь основного захворювання.
- Прогноз завершення основного захворювання стає непередбачуваним.
- Не повністю відновлюється працездатність пацієнта.
- Пацієнт незадоволений лікуванням.
- Лікар незадоволений лікуванням пацієнта, що веде до професійного вигорання лікаря.

Доповідач на заключення дав декілька порад для психологічної стабілізації:

- Знайдіть собі нову діяльність.

- Створіть відповідальність за когось.
- Емоції можна творити.
- Приведіть своє життя у фізіологічну норму.
- Правильно харчуйтеся.
- Обов'язкові фізичні навантаження – це не прибирання, прання, догляд за дітьми.
- Додайте яскравості в одязі.
- Зустрічайтесь з подругами або регулярно «виходьте у народ» сьогодні у віртуальному варіанті.
- Не «підвісайте» на телевізорі, картинки повинні бути важливими від Вас, а не навпаки.



Професор **І.М. Скрипник** у своїй доповіді «**Що нового в гепатології?**» зупинився на останніх досягненнях, які були презентовані на європейському конгресі гепатологів та Всесвітньому конгресі гастроентерологів. Доповідач зазначив, що одним із найактуальніших питань гепатології на сьогодні є неалкогольний стеатоз печінки, який набуває характеру пандемії ХХІ століття. Тридцять відсотків людської популяції мають неалкогольну жирову хворобу

печінки і приблизно у 20% з них є стеатогепатит, а за даними моделювання в 2030 році частота їх збільшиться до 41%. У разі розвитку цієї патології спостерігається виражений фіброз печінки, який пов'язаний з підвищеним ризиком ускладнень та смертності. Одне з досліджень 2019 року довело, що неалкогольна жирова хвороба печінки підвищує ризик виникнення цукрового діабету 2-го типу у пацієнтів без надмірної маси тіла.

Доповідач також наголосив на важливості питання алкогольного гепатиту. Згідно з кохрейнівським оглядом, питання терапії алкогольного гепатиту залишається відкритим. У цьому огляді розглядалися 19 клінічних досліджень за участю 2545 пацієнтів, проте всі дослідження мали високий ризик упередженості, загальна якість доказів була низькою або дуже низькою. Однак дослідники дійшли до висновку, що рекомендувати будь-яке втручання при алкогольному гепатиті недоцільно.

Наприкінці доповіді професор наголосив на деяких втручаннях, які доцільні при лікуванні алкогольного гепатиту. Серед них перше місце посідає модифікація кишкової мікрофлори з використанням нецільових та цільових підходів. Нецільові – це дієта, пробіотики, пребіотики, синбіотики, антибіотики та трансплантація кишкової флори. Цільові – відновлення мікробних метаболітів, біоінженірингові бактерії, модуляція мікробних регуляторних шляхів. Доповідач зазначив, що успішне проведення модифікації значно покращує прогноз та перебіг лікування.

У доповіді «**Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба. Особливості діагностики та лікування у дітей**» професор **О.Г. Шадрін** зазначив, що гастроєзофагальна рефлюксна хвороба є найбільш частою органічною патологією як у дітей, так і у дорослих і належить до кислотно-залежних захворювань. У дітей віком до року ця патологія клінічно проявляється надмірною відрижкою, дискомфортом, зменшенням набору маси тіла, відмовою від їжі, можуть бути присутні позастравохідні симптоми, такі, як бронхообструктивний синдром та стридор. У дітей старшого віку гастроєзофагальна рефлюксна хвороба проявляється частим відригуванням, печією, болем у грудях, гематомесисом, дисфагією, позастравохідні симптоми включають кашель, дисфонію. Доповідач особливо підкреслив необхідність оцінювання наявності тривожних симптомів: втрата маси тіла, сонливість, гарячка, біль, дизурія, тривале сильне блювання, нічне блювання, блювання жовчю, хронічна діарея, ректальна кровотеча, судомні напади.

Професор зазначив, що на сьогодні для діагностики гастроєзофагальної рефлюксної хвороби не застосовують бар'євні контрастні дослідження, УЗД та ЕФГДС, які використовуються лише для виключення анатомічних аномалій. Для діагностики гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у немовлят без тривожних симптомів звичайно достатньо анамнезу та фізикального огляду з особливою увагою на наявність тривожних симптомів.



Для лікування може застосовуватися як немедикаментозна, так і медикаментозна терапія. При немедикаментозному підході рекомендується використовувати згущену їжу, змінювати обсяг і частоту годування, при неефективності рекомендують екстенсивно гідролізовану білкову їжу. У фармакотерапії першою лінією лікування є застосування інгібіторів протонної помпи. Антациди/альгінати не застосовують для постійного лікування немовлят та дітей з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою. Доповідач зазначив, що курс лікування інгібіторами протонної помпи має тривати 4–8 тиж з обов'язковою оцінкою ефективності через 4 тиж.

Професор **І. Гогунська** у доповіді «**Система онлайн-тестування пацієнтів з алергологічними захворюваннями Allergoscore – крок до розвитку телемедицини**» розповіла про систему Allergoscore. Ця система була створена ще до появи коронавірусу з метою покращення якості життя пацієнтів із сезонною алергією, однак в умовах карантину та пандемії вона набуває все більшої актуальності. Доповідач наголосила, що при створенні платформи були враховані деякі складності алергології, а саме:



- Недостатньо часу для з'ясування алергологічного анамнезу
- Молекулярна алергодіагностика
- Де провести дослідження?
- Вартість дослідження.

Система дозволяє пройти первинне тестування за 5 хв, після чого штучний інтелект платформи, базуючись на первинному тесті, веде пацієнта по сайту. Залежно від скарг пацієнта діагностичний алгоритм ставить додаткові запитання на підставі найновіших протоколів діагностики астми, риніту, екземи та харчової алергії. Після проходження тесту пацієнт отримує на смартфон файл із попереднім діагнозом та переліком первинних рекомендованих аналізів. На завершення доповіді наголосила, що в умовах всесвітньої пандемії та глобальної комп'ютеризації, в тому числі і медицини, дана програма є надзвичайно актуальною.

Професор **Пирогова В.І.** у доповіді «**Питання ведення вагітних в амбулаторних умовах**» нагадала, що ранні терміни гестації є ключовою точкою, коли закладаються основи успішного результату вагітності та пологів. У період ембріонального розвитку можна виділити наступні критичні періоди:

І період (преембріональний) – триває від запліднення до перших 3 тиж вагітності. Вплив несприятливих факторів у цей період викликає ембріотоксичний ефект або відсутність будь-якого впливу, працює закон «все або нічого».

II період (ембріональний) – продовжується від 3-го до 8-го тижня після запліднення (період органогенезу) і є найбільш небезпечним періодом, оскільки дія несприятливих факторів у цей період викликає тератогенний ефект.

III період (фетальний) – триває з 9-го тижня вагітності до народження дитини. У цей період агресивні чинники зазвичай не викликають значних вад розвитку, але можуть бути причиною розумових порушень і аномальних поведінкових реакцій у постнатальному періоді.



Оскільки до моменту встановлення факту вагітності (4–5-й тиждень після зачаття) багато органів і систем плода закладені, більшість стратегій щодо попередження несприятливих наслідків вагітності неефективні. Преконцепційна оцінка факторів ризику та корекція виявлених порушень є найкращим способом зниження ймовірності несприятливих акушерських і перинатальних наслідків. Прегравідарна (преконцепційна) підготовка

передбачає консультування, первинне обстеження, рутинні профілактичні рекомендації всім умовно здоровим парам. У числі основних призначень – корекція поширеного в популяції дефіциту мікронутрієнтів (вітаміни і мікроелементи), за необхідності – вакцинація проти краснухи, вітряної віспи і кору. У випадку конфліктної резус-приналежності статевих партнерів надається роз'яснення щодо необхідності, методів і термінів прегравідарної профілактики і захисту плода від наслідків резус-конфлікту. За необхідності проводиться поглиблене обстеження та лікувально-профілактичні заходи, засновані на виявлених факторах ризику при первинному обстеженні жінок з обтяженим анамнезом (у тому числі акушерсько-гінекологічним), а також при порушеннях стану здоров'я майбутнього батька (у тому числі при зниженні фертильності).

У доповіді «Алергічний риніт у практиці лікаря первинного контакту: алгоритм практичних дій» професор **Охотнікова О.М.** нагадала, що риніт – це найбільш поширене хронічне захворювання людства, частота якого у дітей становить 35–37%, а у 50% з них стає хронічним. Алергічний риніт – хронічне IgE-обумовлене запальне захворювання слизової оболонки носа, що виникає під дією різних алергенів з основними клінічними проявами, які включають свербіж у носі, іноді піднебінні і глотці, рідше – відчуття, що пече у носі, нападами чхання, іноді пароксизмами, частіше вранці, водянисту ринорею, закладення (обструкцію, блокаду) носу, іноді зі зниженням нюху, смаку, а у деяких дітей і слуху.



Доповідач наголосила на необхідності правильної послідовності дій лікаря при алергічному риніті.

Перша дія лікаря: з'ясувати скарги і з чим вони пов'язані. Ретельно зібраний анамнез (!)

Друга дія лікаря: які об'єктивні дані сприяють підтримці або виключенню того чи іншого діагнозу. Дані об'єктивного обстеження: огляд (!)

При алергічному риніті у дітей та дорослих важливі клінічна презентація симптомів та розмаїття проявів. Слід враховувати:

- Вікові особливості скарг з боку носу і носових пазух.
- У ранньому дитинстві алергічний риніт частіше проявляється під «маскою» повторних епізодів «ангіни» або ГРВІ.
- Хронічний кашель – найчастіший симптом при алергічному риніті або синуситі у дітей внаслідок подразнення глотки і гортані у зв'язку з постназальним затіканням слизу (Postnasal drip-syndrome).
- Алергічний риніт у дітей своєчасно не діагностується, що зумовлює часте призначення повторних курсів антибіотиків, деконгестантів, імуномодуляторів, фітопрепаратів, що є зайвим і шкідливим.
- Коморбідна патологія при алергічному риніті: кон'юнктивіт та астма. Якщо є алергічний риніт – одразу необхідно шукати астму і навпаки (!!!)

Третя дія лікаря: подумати про інші риніти, особливо в разі відсутності ефекту пробної терапії алергічного риніту, адже неалергічні риніти (НАР) становлять 50% усіх ринітів.

Четверта дія лікаря: діагноз і диференціальний діагноз Міждисциплінарний підхід для визначення, до якого лікаря скерувати пацієнта: до педіатра, терапевта, алерголога, ЛОР-спеціаліста, ендокринолога, ревматолога, генетика, інструменталістів та лікарів лабораторної служби?

П'ята дія лікаря: лікування алергічного риніту.

Головна мета терапії – полегшення симптомів хвороби шляхом:

- обмеження контакту з патогенетично значущими алергенами та іншими тригерами
- пробна патогенетична фармакотерапія
- навчання пацієнта та його батьків (!)
- алерген-специфічна імунотерапія алергічного риніту в алерголога.

Шоста дія лікаря: що робити у разі поєднання ГРВІ та алергічного риніту або у випадку підозри на алергічний риніт? Обрати Н1-антигістамінні засоби та їх активні метаболіти.

На завершення доповідач акцентувала увагу, що

- Алергічний риніт – класичний приклад міждисциплінарного підходу як до діагностики, так і до лікування.
- Для сучасного алергічного риніту характерні значна частота, навіть у ранньому дитинстві, розмаїття і схожість клінічних проявів з неалергічними ринітами.
- Диференційний діагноз і визначення провокуючих факторів достатньо складні, а тому важко прогнозувати ефективність терапії.

*Підготував С.О. Шуртяк*