

23–24 березня 2021 року в місті Києві (Україна) відбувся II міжнародний конгрес «Від народження до зрілості: міждисциплінарний підхід в збереженні здоров'я людини»

У рамках конгресу розглядалися сучасні та контраверсійні питання первинної медичної допомоги, гастроентерології, серцево-судинної патології, пульмонології, COVID-19 та постковідного синдрому, гепатології, неврології та дитячих захворювань. Серед модераторів конгресу були професор **Мищенко Л. А.**, професор **Степанов Ю. М.**, к.мед.н. **Селюк М. М.**, д.мед.н. **Дзюблик Я. О.**, професор **Чабан О. С.**, професор **Бекетова Г. В.**, професор **Зайченко Г. В.**, професор **Орос М. М.**, які у своїх доповідях представили сучасні дані у різних сферах медичної науки.

Так, професор **Степанов Ю. М.** у доповіді «Хронічний гепатит: етіологія, патогенез, уніфікований підхід до терапії» навів найсучасніші дані стосовно діагностики та лікування даної патології. К.мед.н. **Селюк М. М.** у доповіді «Місце сучасних НПЗП у терапії станів, пов'язаних з COVID-19. А професор **Бекетова Г. В.** у доповіді «Антибіотикотерапія в умовах пандемії Covid-19: можливості та ризик» привела сучасні дані стосовно терапії COVID-19 та рекомендації щодо необхідності та термінів проведення антибіотикотерапії. Зі свого боку професор **Чабан О. С.** у доповіді «Постковідна тривога: що змінилося?» навів цікаві дані, які стосувались ментального здоров'я пацієнтів, які перенесли COVID-19.

Серед важливих питань конгресу, пов'язаних із COVID-19, піднімалось питання негоспітальних пневмоній та інфекцій нижніх дихальних шляхів. Так д.мед.н. **Дзюблик Я. О.** у доповіді «Негоспітальна пневмонія. Діагностика та лікування» озвучив сучасні рекомендації, щодо діагностики та лікування даної патології в умовах пандемії COVID-19.

У рамках конгресу також розглядалися актуальні питання сімейної медицини та амбулаторного лікування. Так, професор **Бекетова Г. В.** спільно з професором **Зайченко Г. В.** у доповіді «Антисептики в педіатрії: точка зору лікаря і клінічного фармаколога» розглянули дискусійні питання даної терапії та надали рекомендації щодо їхнього використання. Професор **Скрипник І. М.** у доповіді «Медикаментозно-індуковані ураження печінки» навів сучасні рекомендації щодо лікування даної патології.

Також у рамках конгресу проходив стимуляційний тренінг «Базові реанімаційні заходи», на якому покроково розглядалися питання надання невідкладної допомоги.



Доцент Горячева І. П. у доповіді «Чи все ми робимо вірно при носовій кровотечі: як допомогти дитині?» розпочала свій виступ з необхідності правильного догляду за порожниною носа. Кожен носовий хід слід очищати окремими джгутіками (вата, марля), вводити обертальними рухами на 1,0 см вглиб носового ходу. Доповідач наголосила на неможливості використання щільних предметів, а саме – ватних паличок та сірників з ватою. Автор особливо акцентувала увагу на тому, що не можна закапувати ніс грудним молоком.

На сьогодні одним із самих простих та неінвазивних методів діагностики для оцінювання стану порожнини носа є риноскопія. Серед етіологічних чинників носових кровотеч розглядають травми носа, сторонні тіла, запальні процеси, деформацію носової порожнини, хімічні подразники та новоутворення. Найважливішими факторами появи носових кровотеч є незначні травми. Однак при рецидивуючих носових

кровотечах можна запідозрити наявність стороннього тіла, патологію згортання крові, ювенільної ангіофіброми. Автор зазначила, що носові кровотечі класифікуються:

- за переважанням виділення крові – з передніх або задніх відділів порожнини носа,
- за характером пошкодженої судини – капілярні, артеріальні та венозні,
- за локалізацією – односторонні, двобічні,
- за основною причиною – первинні та вторинні.

Автор також зазначила, що частою проблемою є затримка встановлення діагнозу. Лікар повинен з'ясувати точний час від початку носової кровотечі, чи були спроби зупинити кровотечу, чи виникали носові кровотечі раніше, скласти медикаментозний анамнез. Також обов'язково проводиться оцінювання загального стану та передня риноскопія.

При наданні невідкладної допомоги при носовій кровотечі необхідно посадити дитину, забезпечити доступ свіжого повітря,

проводити профілактику заковтування крові. Окрім цього пацієнту потрібно очистити ніс від згустків крові. Наступним кроком є компресія нижньої третини носа та прикладання холодного компресу (при неефективності компресії проводять передню тампонаду носа). Показаннями для госпіталізації є кровотеча, що продовжується 20 хв при наданні першої допомоги, носова кровотеча що виникла у разі травми голови, ознаки масивної кровотечі.

На завершення доповідач акцентувала увагу на найчастіших помилках при зупинці носової кровотечі, а саме – горизонтальне положення хворого, надмірне закидання голови, нетривала зовнішня компресія, застосування вати для тампнів, спроби самостійно вилучити стороннє тіло.

На тренінгу «**Базова підтримка життя**» тренер акцентував увагу на тому, що ціль надання допомоги – це виживання. Згідно з алгоритмом базової підтримки життя необхідно:

1. Переконались у безпеці
2. Перевірити свідомість
3. Покликати на допомогу
4. Відкрити дихальні шляхи
5. Перевірити дихальні шляхи
6. Викликати допомогу
7. Тридцять натискань на грудну клітку
8. Два штучні вдихи

Тренер особливо наголосив на важливості правильної компресії грудної клітки:

- Основа долоні має бути розташована в центрі грудної клітки
- Друга долоня накладається зверху
- Використовуйте зручний «замок»
- Компресія проводиться з частотою 100–120 за 1 хв з глибиною натискання 5–6 см
- Компресія та релаксація має мати співвідношення 1:1
- За можливості заміни рятівника – це потрібно робити кожні 2 хв.

На завершення доповідач нагадав, що ручний масаж серця забезпечує лише мінімальне кровопостачання серця та мозку.



Доцент **Оксана Солдатова** у майстер-класі «**Алгоритм діагностики та надання невідкладної допомоги у дітей**» розпочала з діагностичних критеріїв анафілаксії. Такий стан має гострий початок та наявність двох симптомів з наведених нижче:

- Ураження шкіри, слизових оболонок або їх поєднання
- Дихальні ускладнення
- Зниження артеріального тиску (АТ) та пов'язані зі зниженням АТ симптоми.

Автор також наводить алгоритм невідкладної допомоги:

Крок 1 – оцінювання стану пацієнта АВС (дихальні шляхи, дихання, циркуляція)

Крок 2 – покликати на допомогу

Крок 3 – епінефрин, при цьому перевага надається використанню автоін'єктора.

При використанні автоін'єктора доза для внутрішньом'язового введення при масі тіла 15–30 кг становить 0,15 мг, при масі тіла понад 30 кг – 0,3 мг. При збереженні симптомів після введення епінефрину (адреналіну) повторну ін'єкцію можна провести через 5–15 хв. Також потрібно забезпечити подачу кисню через маску, встановити периферичний катетер та розпочати внутрішньовенну інфузію натрію хлориду 0,9% у дозі 20 мг/кг. При збереженні бронхоспазму – 2,5 мг салбутамолу інгаляційно через небулайзер. На завершення автор наголосила, що кортикостероїди використовуються як допоміжна терапія з метою попередження пізньої фази анафілаксії.



Доцент **Алексеева Н. В** у доповіді «**Диференціальна діагностика жовтяниці у дітей**»

нагадала, що жовтяниця – це стан, який характеризується жовтушним забарвленням шкіри та слизових оболонок і візуально визначається

при концентрації білірубину менше 85 мкмоль/л у доношених та 120 мкмоль/л у недоношених дітей. При справжній жовтяниці (гіпербілірубінемія) характерні клінічні прояви у вигляді жовтушного забарвлення шкіри та слизових оболонок через високий рівень білірубину в крові.

Автор нагадала, що білірубін має дві фракції: прямий (зв'язаний) – водорозчинний та непрямий (вільний) – жиророзчинний з токсичними ефектами. Серед жовтяниць у дітей виділяють надпечінкову, печінкову, підпечінкову.

Для адекватної диференціальної діагностики жовтяниць лікар повинен зібрати анамnestичні дані про перебіг вагітності, сімейний анамнез та динаміку розвитку жовтяниці. Має бути проведений огляд дитини та проаналізовані дані лабораторних досліджень (морфологія еритроцитів, білірубін та його фракції, рівень уробіліну в сечі).

Надпечінкова жовтяниця характеризується ранім початком, високим ступенем інтенсивності, бурхливою динамікою наростання, сеча і кал звичайного кольору, гепатоспленомегалія. Лабораторно проявляється гіпербілірубінемією за рахунок непрямої фракції, анемією, ретикулоцитозом.

Печінкова кон'югаційна жовтяниця клінічно має ранній початок, високий ступінь інтенсивності. Лабораторно проявляється гіпербілірубінемією за рахунок непрямої фракції.

Печінкова паренхіматозна жовтяниця характеризується більш пізнім початком, помірною інтенсивністю, сеча темного кольору. Лабораторно в сечі виявляється білірубін, в біохімічному аналізі – пряма гіпербілірубінемія, синдром цитолізу, синдром мезинхімального запалення, синдром гепатодепресії. При УЗД фіксують порушення структури печінки.

При підпечінковій обструктивній жовтяниці характерний пізній початок, темна сеча, можливі ознаки портальної гіпертензії. Лабораторно пряма гіпербілірубінемія, ознаки холестазу, білірубінурія. На УЗД фіксують патологію жовчного міхура/жовчних проток.

На завершення доповідач зазначила, що педіатр первинної ланки повинен реагувати на появу жовтяниці та проводити диференціальну діагностику, водночас не допускаючи підвищення рівня білірубину до критичних значень.



У доповіді кандидата медичних наук **Вовк В.М.** «**Вакцинація ризику та можливості. Що повинен знати лікар першого контакту?**»

автор почала з визначення термінології. Вакцинація – введення антигенного матеріалу з метою створення імунітету до інфекційної хвороби, який запобігає зараженню або ослабляє її негативні наслідки. Мета вакцинації – створення штучного імунітету у людини до певних інфекційних хворіб шляхом імітації природного інфекційного процесу зі сприятливим наслідком.

На жаль, на сьогодні існують міфи про вакцинацію:

1. Вакцини містять шкідливі речовини
2. Виробництво вакцин вигідно фармкомпаніям
3. Вакцинація не ефективна, природний імунітет краще
4. Під час виробництва вакцин використовуються людські ембріони
5. РНК-вакцини можуть впливати на геном людини
6. Комбіновані вакцини надто навантажують імунітет.

Автор окремо зупинилась на деяких видах вакцин. Так, РНК-вакцини – вакцини на основі рибонуклеїнової кислоти. Діючою речовиною є рибонуклеїнова кислота, яка кодує бі-

лок, характерний для патогену. У вакцині присутня ліпідна оболонка, яка захищає РНК від пошкодження та забезпечує проникнення РНК у клітину.

ДНК-вакцини – генно-інженерна конструкція, яка після введення в клітину забезпечує синтез білків патогенів/ пухлинних антигенів та викликає імунну реакцію. Введення таких вакцин в організм називається генною імунізацією. Переваги таких вакцин: неінфекційний характер, стимуляція вродженої імунної відповіді, позаклітинне виробництво (не використовуються курячі ембріони), стійкість та швидкість виробництва, стимуляція В-клітин та Т-клітинний імунітет. До недоліків відносять потенційну інтеграцію в геном людини та погану імуногенність.

Векторні (рекомбінантні) вакцини – вакцини, що отримані методом генної інженерії. Гени вірулентного мікроорганізму, що відповідають за синтез протективних антигенів, вбудовуються в геном непатогенного мікроорганізму, що при культивуванні продукує і накопичує антиген.

Рослинні вакцини (істивні вакцини) – це вакцини на основі трансгенних рослин, із вбудованим фрагментом генному патогенного мікроорганізму, який викликає в організмі людини чи тварини утворення антитіл, що формують імунітет.

Характеристики ефективних вакцин:

- Безпечність – вакцина не має спричинити хворобу або смерть
- Захист – вакцина має захищати від хвороби
- Підтримка захисту – захист проти хвороби має тривати мінімум кілька років
- Індукція нейтралізуючих антитіл
- Індукція протективних Т-клітин.

Практичне міркування – низька вартість, біологічна стабільність, зручність, незначна кількість побічних ефектів.

На завершення автор акцентувала увагу на абсолютних протипоказаннях до вакцинації:

- Гостре тяжке захворювання з температурою більше 38 °С
- Наявність в анамнезі анафілаксії на попередню дозу
- Вагітність є протипоказанням до введення живих вакцин
- При вакцинації від коклюшу – наявність енцефалопатії після попереднього щеплення.

Доповідач закінчила свою доповідь цитатою Генріха Ерліха: «Вакцина – це учбовий посібник для імунної системи, на основі якого вона відпрацьовує навички боротьби з потенційним ворогом».



У доповіді доктора філософії **Отто Хелве «Кесарів розтин та кишковий мікробіом новонародженого»** було зазначено, що новонароджені через вагінальні пологи колонізуються фекальною мікрофлорою матері, зазвичай *Bifidobacterium* та *Bacteroides*. Кесарів розтин та інші втручання у процес пологів можуть мати стійкий ефект на розвиток імунітету та метаболізму.

Автор зазначив, що на даний час існують дослідження, які демонструють важливу роль пребіотиків та пробіотиків у попередженні алергічних захворювань у немовлят. Також важливою темою є вплив антибіотиків на ріст та розвиток дитини. Так, є дані, що експозиція з антибіотиками в неонатальний період впливає на ріст та розвиток дитини протягом перших 6 років життя, порушуючи колонізацію кишкової мікробіоти. Доповідач також привів дані плітного експериментального дослідження з трансплантації мікробіоти матері до дитини.

У заключенні доповідач зазначив, що материнська фекальна трансплантація є доступним методом відновлення мікробіот немовлят, народжених шляхом кесарева розтину. Водночас заходи безпеки мають включати ґрунтовне тестування матері, коригування розміру трансплантату, а також

прискіпливий період нагляду після процедури. Однак поки що недостатньо даних про довготривалі ефекти, оскільки подвійне сліпе рандомізоване дослідження все ще триває.



У доповіді професора **Шуцько Є. Є. «Перинатальний ризик у новонароджених – діагностика та профілактика»** автор зазначила, що перинатальне здоров'я на сьогодні є новим інтегральним показником та критерієм оцінювання впливу на формування здоров'я людини у подальшому житті. При цьому враховуються такі фактори, як стан здоров'я матері, гестаційний вік при народженні, затримка росту плода, ускладнення вагітності, перебіг пологів, стан дитини при народженні та протягом неонатального періоду.

Доповідач акцентувала увагу на тому, що здоров'я дитини починає формуватися внутрішньоутробно. До факторів впливу на цей процес можна належать:

- харчування матері,
- спосіб життя родини,
- проведення біохімічних скринінгів під час вагітності,
- потреба реанімаційної допомоги при народженні,
- відповідність фізичного розвитку при народженні гестаційному віку,
- ранній початок грудного вигодовування.

Водночас поняття перинатального ризику включає ситуації при вагітності та пологах, що пов'язані зі станом здоров'я матері, ведення вагітності, пологів та надання медичної допомоги, які в подальшому можуть призвести до погіршення стану дитини або розвитку асоційованого захворювання.

На підставі ризиків можна класифікувати новонароджених на здорових, високого ризику та хворих.

- Новонароджені високого ризику:
- Новонароджені, що потребують реанімаційних заходів
- Новонароджені від матерів з ускладненим перебігом вагітності
- Новонароджені від матерів з ускладненим перебігом пологів
- Передчасно народжені діти

На сьогодні ми маємо додаткові перинатальні ризики, пов'язані з COVID-19. За даними Центру контролю за захворюваннями, вагітні з COVID-19 мають вищий ризик госпіталізації та лікування у відділенні інтенсивної терапії.

На завершення доповідач акцентувала увагу на тому, що грудне молоко є найкращим харчуванням для новонароджених, особливо в умовах пандемії. А за рекомендаціями ВООЗ необхідно підтримувати контакт «шкіра до шкіри» навіть в умовах пандемії COVID-19.



Професор **Селюк М. М.** у доповіді «**Принципи ведення пацієнтів в умовах пандемії COVID-19**» акцентувала увагу на групах ризику щодо зараження COVID-19. До них відносяться діти до 5 років, вагітні, люди віком понад 65 років, люди з надмірною масою тіла, хворі на цукровий діабет, особи із соматичною патологією, медичні працівники, вчителі та вихователі, продавці, водії громадського транспорту та особи, які працюють в багатолюдних місцях.

На сьогодні є дані, які підтверджують повітряно-крапельний та контактний шлях передачі. Водночас переконливих даних про можливість фекально-орального шляху передачі на сьогодні немає.

Серед моментів патогенезу доповідач акцентувала увагу на тому, що вхідними воротами збудника є епітелій верхніх дихальних шляхів та епітелій шлунка і кишечника. Вірус проникає в клітини-мішені, які мають рецептори АПФ2, саме до них він прикріплюється та вводить свою РНК. На сьогодні за даними статистики безсимптомна форма COVID-19 спо-

стерігається у 30%, легка – у 55%, тяжка – у 10%, критично тяжка – у 5% хворих. Серед симптомів лихоманка зустрічається у 83–99%, кашель – у 59–82%, втома – у 44–70%, анорексія – у 40–84%, задишка – у 31–40%, міалгії – у 11–35% пацієнтів.

Автор зазначила, що тяжкий перебіг визначається як наявність одного з наступних критеріїв:

- Частота дихання більше 30/хв
- 50% ураження легеневого поля
- Насичення киснем крові менше 92%
- Співвідношення $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$.

Доповідач акцентувала увагу, що у деяких пацієнтів відповідь на COVID-19 може супроводжуватись реакцією «цитокінового шторму». Стосовно лікування автор зауважила, що на сьогодні воно регламентовано наказом №762 Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.2020 року. Автор зазначила, що при легкому перебігу призначають симптоматичну терапію.

Доповідач акцентувала увагу на тому, що не потрібно використовувати кортикостероїди для лікування COVID-19 у пацієнтів, які не потребують кисневої підтримки. Протимікробні засоби призначаються лише за наявності підтвердженої бактеріальної інфекції. До того ж не потрібно призначати антикоагулянти з перших днів захворювання. На завершення автор нагадала, що за клінічними критеріями госпіталізація показана хворим при середньому та тяжкому станах.



Професор **Дубров С. О.** у доповіді «**Принципи раціональної антибіотикотерапії в умовах пандемії COVID-19**» акцентував увагу на наказі МОЗ України №10 від 07.01.2021 р. та наказі МОЗ України №3094 від 31.12.2020 р., в яких регламентовано призначення антибіотикотерапії.

Автор також зазначив, що згідно з даними США, понад 50% пацієнтів з підозрою на COVID-19 отримували антибіотикотерапію. У 96,5% з них виділили лише SARS-CoV-2, на який антибіотики не діють. Доповідач звернув увагу, що згідно з наказом МОЗ України №3094 від 31.12.2020 р., пацієнти з легким перебігом не потребують антибіотикотерапії. Для пацієнтів з перебігом середньої тяжкості протимікробні засоби протипоказані та призначаються за наявності лабораторно підтвердженої супутньої бактеріальної інфекції.

Автор також навів рекомендації щодо лікування пневмонії. У разі виникнення позалікарняної бактеріальної пневмонії з легким перебігом призначають монотерапію захищеним пеніциліном або макроліди, або цефалоспорини II покоління. При середньотяжкому перебігу пневмонії – амоксицилін/клавуланат + макроліди або цефалоспорини II–III покоління + макроліди, або у випадку алергії на бета-лактами – респіраторні вторхінолони. При тяжкому перебігу – цефалоспорини III покоління + макроліди або респіраторні фторхінолони як монотерапія або в комбінації з цефалоспоринами III покоління.

Автор також зазначив, що при ранній нозокам'яльній пневмонії необхідно призначати цефалоспорини III покоління + макроліди або респіраторні фторхінолони.

При пізній нозокам'яльній пневмонії необхідно призначати цефалоспорини III покоління + макроліди або респіраторні фторхінолони, за необхідності розглядається можливість призначення захищених цефалоспоринів.



Професор **Чабан О. С.** у доповіді «**Ковідна та постковідна психіатрія**» наголосив на надзвичайній актуальності ментального здоров'я на сьогоднішній день. Автор зазначив наявність значної кількості вітчизняних та зарубіжних статей, які присвячені порушенням психологічного здоров'я під час COVID-19 або після одужання. Так, голо-

вний редактор журналу The Lancet, який є найбільш цитованим у світі, зазначив, що ми повинні розглядати COVID-19 не як пандемію, а як «синдемію» – термін що поєднує в собі синергію та пандемію.

Водночас згідно з дослідженнями, проведеними в Китаї, 53,8% респондентів оцінили психологічний вплив ситуації як помірний або тяжкий; 16,5% повідомили про помірні та тяжкі депресивні симптоми; 28,8% – про симптоми середньої та тяжкої тривожності; 8,1% – про рівень помірного та сильного стресу.

На сьогодні вплив карантину на психологічне здоров'я вже відомий. Відзначається посилення посттравматичного стресу, тривоги та депресії, які тривають аж до 3 років після епідемії, особливо серед людей, які перебувають на карантині, і медперсоналу. Серед наслідків карантину для нашого психічного здоров'я відзначають ріст тривоги, особливо коли навколо багато людей, гострі стресові розлади виникають втричі частіше, безсоння, втома та погана концентрація, подразливість, злість, нерішучість.

Доведено, що відновлення роботи сприяє зменшенню депресивних розладів. Якщо розглянути питання постковідних психічних проявів, то у 3/4 пацієнтів після виписки з лікарні був присутній хоча б один з перелічених симптомів: розлади сну, тривога, депресія, астенія. При цьому у людей, робота яких була пов'язана з розумовою працею, спостерігалось більш тривале відновлення когнітивних функцій.

На завершення автор наголосив, що на сьогодні багато пацієнтів з психологічними розладами звертаються до сімейних лікарів. Однак такі пацієнти потребують більш спеціалізованої допомоги профільних спеціалістів, оскільки в арсеналі сімейних лікарів не завжди є засоби для допомоги таким пацієнтам.



Доцент **Юдіна Л. В.** у доповіді «**Коли не потрібні антибіотики при COVID-19**» зазначила, що в останніх дослідженнях, зокрема опублікованих у JAMA Network Open, з'явилися дані про відсутність зменшення тяжкості вірусних захворювань при вживанні вітаміну С та цинку у пацієнтів з COVID-19. Згідно з останніми клінічними протоколами з лікування COVID-19, показаннями для емпіричної протимікробної терапії є приєднання бактеріальної інфекції. Крім того, при підозрі чи підтвердженні COVID-19 з легким перебігом антибіотики не призначаються, а призначення антибіотиків амбулаторним пацієнтам є недоцільним. Доповідач також виклала основні положення, які ми на сьогодні знаємо.

- Етіологічної терапії від COVID-19 немає. Противірусні препарати при COVID-19 не застосовуються.
- Завданням сімейного лікаря є визначення приєднання бактеріальної інфекції, коректне призначення антибіотикотерапії, оцінювання тяжкості стану пацієнта.
- За відсутності бактеріальної інфекції антибіотикотерапія не призначається.

На завершення автор акцентувала увагу, що недоцільне застосування протимікробних препаратів може призвести до бактеріальної резистентності.



Професор **Тобіас Вельте** у доповіді «**Ранне ушкодження легень у дитинстві – предиктор захворювань легень у людей похилого віку**» зазначив, що на сьогодні проблема обструктивних захворювань легень є надзвичайно актуальною і поширеною у всьому світі. Водночас автор навів декілька рекомендацій для збереження функції легень на довгий час:

- Уникайте тригерних хворіб
- Відмовтесь від куріння

- Зменшуйте старіння клітин (активність, тренування, фізичні вправи)

- Уникайте інфекцій
- Вакцинуйтесь

Автор зазначив, що будь-який вид куріння згубно впливає на функцію легень та тривалість життя. Ще одним важливим фактором підвищення захворювання легень є забруднення повітря. Відмова від фізичної активності внаслідок появи задишки та захворювань легень веде до швидкого погіршення загального стану та прогресу захворювання. Підсумовуючи свою доповідь, автор навіс десять золотих компонентів для профілактики, діагностики та лікування ХОЗЛ:

1. Допоможіть пацієнту усунути куріння та забруднення навколишнього середовища.
2. Виконайте спірометрію.
3. Оцініть задишку, ІМТ, функціональну здатність та ризик загострення.
4. Визначте наявність супутніх захворювань.
5. Підозра на ХОЗЛ у випадку задишки, кашлю, мокротиння.
6. Сприяти вакцинації.
7. Сприяти розвитку фізичних якостей за допомогою загально розвиваючих вправ..
8. Спеціальна терапія.
9. Правильне використання інгаляторів та інших лікарських засобів.
10. План подальшого спостереження та оцінювання ефективності лікування.



Доктор медичних наук **Дзюблик Я. О.** у доповіді «**Ураження легень при COVID-19: експертна думка пульмонолога**» акцентував увагу на тому, що патогенез COVID-19 розвивається за двома механізмами – це цитопатичний вплив SARS-CoV-2 та надмірне реагування імунної системи, що в результаті призводить до гіпоксемії.

Якщо говорити про визначення та класифікацію пневмонії, то пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується ураженням відділів легень та наявністю внутрішньо альвеолярної ексудатії. Розрізняють госпітальні та негоспітальні пневмонії.

Автор зазначив, що морфологічна картина при COVID-19 досить специфічна і характеризується наявністю мікріваскулітів у легеневій тканині та позасудинними скупченнями пігментованих макрофагів (сидерофагів), формуванням запальних клітин та переважно інтерстиційних інфільтратів. При КТ діагностиці найбільш часто реєструється симптом «матового скла», двобічне залучення та мультилобарна локалізація.

Автор також акцентував увагу на важливості проведення диференційної діагностики між первинною вірусною та вторинною вірусно-бактеріальною пневмонією. Важливим питанням залишається антибіотикотерапія. Аналіз наукових публікацій свідчить, що лише 7% хворих, госпіталізованих з COVID-19, мали бактеріальну коінфекцію. Серед пацієнтів реанімаційних відділень частота становила 14%.

Іншим питанням залишається призначення кортикостероїдів пацієнтам з COVID-19. Експертна група європейської респіраторної спільноти рекомендує призначати кортикостероїди лише тим пацієнтам, які потребують дотації кисню або ШВЛ. Втім, вітчизняні експерти вважають, що кортикостероїди мають призначатись навіть на амбулаторному етапі, однак у невеликих дозах. За даними літератури, глюкокортикостероїди не впливали на швидкість виведення вірусу.

На завершення автор зупинився на наслідках перенесеної пневмонії COVID-19. Частота виникнення фіброзних змін у легенях пацієнтів, які перенесли пневмонію COVID-19, є

значною. Слід зазначити, що стандартне лікування легеневого фіброзу потребує антифібротичних засобів. А на сьогодні висувається теорія, згідно з якою ці препарати можуть використовуватись для лікування COVID-19. Однак ця теорія потребує проведення масштабних досліджень.



Доцент **Солдатова О. В.** у доповіді «**Хвороба Кавасакі чи COVID-19: нові виклики пандемії**» нагадала, що хвороба Кавасакі – це гострий самообмежуючий системний васкуліт з ураженням переважно середніх судин, який є найбільш частою причиною набутих вад серця у дітей. Етіологія хвороби Кавасакі переважно вірусна, однак її розвиток можуть спричинити коронавіруси.

Основними ланками патогенезу є фагоцитоз, прозапальні цитокіни та апоптоз уражених клітин. У гострій стадії характеризується лихоманкою 39 °С не менше 5 днів та висипом. Висип може бути поліморфно еритематозним, дифузною макуло-папульозним, скарлатиноподібним, уртикарним та у вигляді еритеми у паховій ділянці, при цьому характерним є відсутність булл та пухирців.

Підгостра стадія триває 2–4 тиж, характерним є відсутність або значне зменшення лихоманки, висипу та лімфоаденопатії. Необхідно пам'ятати, що продовження лихоманки та значний тромбоцитоз є великим фактором ризику виникнення ускладнень ССС. Стадія одужання триває 4–8 тиж. На цій стадії скарги відсутні, а лабораторні показники повертаються до норми. Також виділяють хронічну стадію, тривалість якої різниться залежно від наявності аневризми коронарних артерій. Важливим моментом є диференціальна діагностика, яку слід проводити як з інфекційними, так і неінфекційними захворюваннями.

Лікування повинно здійснюватися мультидисциплінарною командою і розпочинатись у перші 10 днів. Прогноз при вчасно розпочатому лікуванні є сприятливим, однак за відсутності лікування ризик виникнення ускладнень є надзвичайно високим.

Автор також наголосила, що симптоми мультисистемного запального синдрому, пов'язаного з SARS-CoV-2, можуть нагадувати гострий початок SARS-CoV-2. Крім того, мультисистемний запальний синдром, пов'язаний з SARS-CoV-2, може спостерігатись не лише у дітей молодого віку, але і у підлітків. У пацієнтів із симптомами, які відповідають повній або неповній формі хвороби Кавасакі та мають тяжкий перебіг, необхідно проводити обстеження на SARS-CoV-2 не тільки методом ПЛР, а і серологічним.



Доцент **Горячева І. П.** у доповіді «**Скринінг тривожності та прихованої депресії**» зазначила, що у будь-якої хвороби завжди є дві причини: одна психологічна, друга інфекційна, органічна тощо. Доповідач акцентувала увагу, що такі симптоми, як «камінь на душі», «комок» у горлі, який не дає ковтати та дихати на повні груди, часто відображають внутрішній емоційний стан.

Доповідач зупинилась на особливостях дитячих переживань. Діти та підлітки можуть не впоратись із негативними переживаннями, напливом негативних емоцій, відчуттям душевного дискомфорту. Вони можуть не розуміти, що з ними відбувається, не знають як назвати те, що вони переживають. Важливим фактором є те, що діти не вміють знімати психологічне напруження як дорослі, саме тоді вони та їхня поведінка змінюється та подає сигнали.

Слід звертати увагу на ранні симптоми, до яких належать:

- Емоційні:
- драгівливість,
- плаксивість,

- пригніченість,
- апатичність,
- гнів,
- образи,
- незгода,
- страх.
- **Поведінкові:**
- агресія,
- нетерпимість,
- конфліктність,
- різкість,
- протест,
- загальмованість.
- **Сигнали тіла:**
- нестача повітря,
- здавлення,
- ком у горлі,
- затинання,
- озноб,
- головний біль,
- енурез,
- закреп.

Усі ці сигнали в жодному разі не можна ігнорувати.

Для оцінювання психоемоційного стану пацієнта використовуються Госпітальна шкала тривоги та депресії. Ця шкала лаконічна та легка у використанні, містить 14 запитань та займає 5 хв часу, крім того є простою в обробленні. Автор зазначила, що даний опитувальник має скринінгову мету і не використовується для встановлення діагнозу. Водночас проведення скринінгового обстеження дозволяє вчасно скерувати пацієнта до профільного спеціаліста, покращити якість надання допомоги, уникнути непотрібних обстежень.



Професор І.В. Гогунська у доповіді «Система онлайн-тестування пацієнтів з алергологічними захворюваннями Allergoscope – крок до розвитку телемедицини» розповіла про систему Allergoscope. 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.

Автор наголосила, що при створенні платформи були враховані деякі складності алергології, а саме:

- Недостатньо часу для збору алергологічного анамнезу
- Молекулярна алергодіагностика
- Де провести дослідження?
- Вартість дослідження

Система дозволяє пройти первинне тестування за 5 хв, після чого шугучий інтелект платформи, базуючись на первинному тесті, веде пацієнта по сайту. Залежно від скарг пацієнта діагностичний алгоритм задає додаткові запитання на підставі найновіших протоколів діагностики астми, риніту, екземи та харчової алергії. Після проходження тесту пацієнт отримує на смартфон файл з попереднім діагнозом та переліком первинних рекомендованих аналізів, що дозволяє пацієнту орієнтуватись з чого розпочинати.

На завершення автор наголосила, що в умовах всесвітньої пандемії та глобальної комп'ютеризації, в тому числі і медицини, дана програма є надзвичайно актуальною.



Доцент Кочуєв Г. І. у доповіді «Сучасне лікування дисліпідемій: стратегія і тактика» зазначив, що Україна має найбільший показник смертності від ССЗ в Європі. Автор акцентував увагу на рекомендаціях щодо зниження

рівня ХС ЛПНШ, згідно з якими необхідно призначати високоінтенсивну терапію статинами до максимально можливих

доз для досягнення цільових рівнів ХС ЛПНШ, встановлених по конкретному рівню ризику. Для вторинної профілактики пацієнтам з дуже високим ризиком або пацієнтам, які не досягли цільового рівня при максимальній дозі статинів та езетімібу, необхідно призначати терапію PCSK9.

Рекомендації Європейської асоціації кардіологів щодо лікування дисліпідемії при цукровому діабеті:

Клас рекомендацій I

У пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2) при дуже високому ризику рекомендується зниження рівня ХС ЛПНШ на 50% від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНШ 1,4 ммоль/л.

У пацієнтів з ЦД2 при високому ризику рекомендується зниження рівня ХС ЛПНШ на 50% від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНШ 1,8 ммоль/л.

Статини також рекомендовані при ЦД1 при високому або дуже високому ризику.

Клас рекомендацій IIa

Якщо ціль недосягнута при монотерапії статинами, то слід розглянути можливість використання статинів у комбінації з езетімібом.

Клас рекомендацій III

Терапія статинами не рекомендується для пацієнтів у період премопаузи з ЦД.

Згідно з рекомендаціями, лікування статинами слід проводити при підтверджених ССЗ у пацієнтів віком понад 65 років та молодих пацієнтів. Для первинної профілактики рекомендують лікування статинами відповідно до рівня ризику у людей молодше 75 років. Ініціація первинної профілактики у пацієнтів віком понад 75 може розглядатись при високому ризику. Рекомендується починати з низьких доз за наявності значних уражень печінки або ризику взаємодій різних медикаментозних середників з невизначеним ефектом.

Автор також навів дані дослідження JUPITER, які демонструють зниження ССЗ і смертності при лікуванні розувастатином порівняно із плацебо. На завершення автор наголосив, що відмінити статини непотрібно, оскільки через місяць рівні ліпідів повертаються до початкових значень і втрачається ефект профілактики ССЗ.



Професор Степанов Ю. М. у доповіді «Захворювання печінки у вагітних: що повинен знати сімейний лікар?» зазначив, що дана проблема є надзвичайно актуальною. Так, материнська смертність від захворювань печінки в

Україні за 4 роки склала 8 випадків. При цьому автор вважає, що до цих випадків було б справедливо додати і випадки тяжких форм преєклампсії з порушенням функції та морфології печінки.

Автор зазначив, що захворювання печінки у вагітних можна розділити на три великі групи:

- Перша група – захворювання печінки зумовлені патологією вагітності, які зі свого боку пов'язані або не пов'язані з преєклампсією.
- Друга група – захворювання печінки, які виникають під час вагітності (гострий гепатит, гострий холестаза, синдром Бадда-Кіарі).
- Третя група – хронічні захворювання печінки, що передують вагітності (хронічний гепатит та цироз, сімейні негемолітичні гіпербілірубінемії, пухлини печінки, позапечінкова портальна гіпертензія, стани після трансплантації).

Автор зазначив, що при змінених печінкових пробах у вагітних діагностику печінки слід проводити комплексно, з оцінюванням гепатоцелюлярного комплексу та біліарного профілю. Доповідач акцентував увагу на питанні внутрішньопечінкового холестаза у вагітних. До факторів ризику відно-

ситься холестаза під час попередніх вагітностей, багатоплідна вагітність, ЕКЗ, вік матері понад 35 років, хронічний гепатит С, спадкові фактори. Основні клінічні симптоми: свербіж шкіри різної інтенсивності, жовтяниця, у 60% жінок можуть бути наявні симптоми мальабсорбції.

Ступінь тяжкості процесу визначають за рівнем жовчних кислот:

- легкий – 10–39 мкМ/л,
- середній – 40–99 мкМ/л,
- тяжкий – понад 100 мкМ/л.

Водночас рівень понад 40 мкМ/л може бути причиною антенатальної загибелі плода.

Гостру жирову дистрофію печінки вагітних розподіляють на:

- переджовтушну стадію – слабкість, в'ялість, головний біль, нудота;
- жовтушну стадію – жовтуха, асцит, наростаюча печія та біль у стравоході при ковтанні, енцефалопатія;
- стадія гострої нирково-печінкової недостатності.

При розгляді вірусного гепатиту у вагітних потрібно пам'ятати, що жінкам, інфікованим вірусами гепатиту В, С, D, вагітність не протипоказана. ХВГ не впливає на перебіг вагітності та її завершення, не збільшує ризик самовільних викиднів і відсоток вад розвитку, однак підвищує ризик розвитку гестозів, переривання вагітності та перинатальної смертності.

Автор зазначив три шляхи інфікування дитини гепатитом В та D:

- трансплацентарний – імунопрофілактика неефективна,
- перинатальний – імунопрофілактика ефективна,
- постнатальний – вакцинація є методом захисту.

За наявності гепатиту С усі шляхи передачі є актуальними, однак методів специфічної профілактики немає.

На завершення автор акцентував увагу на веденні вагітності у жінок із ХВГ. При високому вірусному навантаженні жінкам слід рекомендувати противірусні препарати. Інвазивні процедури під час вагітності мають бути зведені до мінімуму. Кесарів розтин не рекомендується жінкам із HCV та HBV, переривання вагітності у період загострення протипоказане.



Олег Швець у доповіді «Індивідуальна дієтотерапія при метаболічному синдромі» зазначив, що на сьогодні у світі більше 120 млн дітей та підлітків страждають від ожиріння, з них 2/3 мають підвищений ризик ожиріння в дорослому віці.

На сьогодні до діагностичних критеріїв метаболічного синдрому належать:

- Вісцеральне ожиріння (окружність талії більше 94 см для чоловіків та 80 см для жінок)
- Гіпертензія (АТ 130/85) або антигіпертензивна терапія
- Гіперглікемія
- Тригліцериди більше 1,7 ммоль/л
- ЛПВЩ менше 1,0 ммоль/л для чоловіків та менше 1,3 ммоль/л для жінок.

Наявність трьох з наведених вище ознак свідчить про наявність метаболічного синдрому. Автор акцентував увагу на тому, що ожиріння є самостійним захворюванням та фактором ризику захворювання майже всіх органів. Серед психологічних наслідків ожиріння – депресія у молодому віці та деменція у похилому віці. Доведено, що ожиріння – це дисбаланс між споживанням і витратами енергії. Доповідач зазначив, що не існує дієти, яка б дозволила досягти та утримувати бажану масу тіла. «Модні» рестриктивні дієти дозволяють зменшити масу тіла, але результат часто є нестабільним та супроводжується ризиком дефіциту нутрієнтів. Вибір дієти має бути заснованим на наявності переконливих доказів ефективності з огляду на досягнення стабільного зниження

маси тіла, позитивного впливу на метаболічні показники та покращення якості життя.

На завершення автор зазначив, що метаболічний синдром зумовлює тяжкі наслідки для здоров'я та значне погіршення якості життя для більшості хворих. Дієтотерапія при МС має бути індивідуальною та супроводжуватись моніторингом ефективності. За наявності високого серцево-судинного ризику слід розглядати можливість фармакотерапії та бариатричної хірургії.



Професор **Скрипник І. М.** у доповіді «Сучасні аспекти доказовості застосування пробіотиків у гастроентерологічній практиці» зазначив, що пробіотики – це живі мікроорганізми, використання яких в необхідній кількості відтворює лікувально-профілактичну дію на організм людини.

Пробіотики – це речовини, що не перетравлюються, чинять сприятливий фізіологічний ефект на організм людини шляхом стимуляції росту та активації ендогенних бактерій. Вимоги до сучасних пробіотиків: вивченість, життєздатність бактерій, не менше 1×10^7 КУО кожного штаму бактерій, доведена ефективність.

Автор акцентував увагу на тому, що вибір пробіотика повинен бути заснований на доказовій клінічній ефективності. Одним із перспективних напрямків використання пробіотиків вважається лікування синдрому подразненого кишечника. Згідно з даними досліджень, пробіотики можуть позитивно впливати через різні механізми. *Bifidobacterium infatis* 35624 значно покращує симптоми: абдомінальний біль, здуття та роботи кишечника.

Автор зазначив, що сьогодні накопичено величезну базу даних щодо використання пробіотиків, яка налічує понад 15 тис. наукових праць. Одним з останніх напрямків дослідження є психобіотичні ефекти пробіотиків.

Психобіотики – пре- і пробіотики, які чинять позитивні психологічні реакції на функції мозку опосередковано через кишкову мікробіоту в осіб із психопатологічними змінами. Так, в одному з досліджень було виявлено зниження рефлексії, агресії та покращення настрою в осіб, які брали участь у РКД. На завершення доповідач зазначив, що на сьогодні безпечність пробіотиків продовжує оцінюватися, і існує перелік препаратів з доведеним профілем безпеки.



Професор **Шадрін О. Г.** у доповіді «Сучасні підходи до діагностики панкреатиту у дітей» акцентував увагу на настановах ЕРС/HPSPG, заснованих на доказових даних, з лікування панкреатиту у дітей та підлітків. Автор зазначив, що існує багато етіологічних факторів виникнення панкреатиту. Серед них травми, перенесені інфекції, супутня системна патологія, аномалії розвитку жовчних шляхів та інші. Діагноз гострого панкреатиту можна встановити, якщо є принаймні два з наведених нижче критеріїв:

1. Біль у животі
2. Вміст ліпази або амілази втричі перевищує норму
3. Наявні характерні ознаки ГП, виявлені методом візуалізації.

Трансабдомінальна сонографія рекомендована в якості методу візуалізації першого вибору при гострому панкреатиті у дітей та підлітків. Абдомінальна комп'ютерна томографія з контрастом рекомендована при клінічному погіршенні у дітей та підлітків згідно з настановами лікування дорослих. Якщо клінічні симптоми у дітей свідчать про некроз підшлункової залози, рекомендовано абдомінальна КТ з контрастом або МРТ. При цьому оптимальний час обстеження становить 72–96 год після появи симптомів панкреатиту.

Згідно з рекомендаціями, лікування обов'язково має включати інфузійну терапію для підтримки водного балансу. Рекомендовано введення кристаліодів з декстрозою як першого заходу в межах інфузійної терапії. Враховуючи відсутність клінічних настанов для дітей та підлітків протягом перших 24 год рекомендована рання агресивна інфузійна терапія. Аналгезія надається за наявності показань, на жаль настанови для проведення аналгезії у дітей та підлітків відсутні.

На сьогодні незалежно від тяжкості або наявності некрозу профілактичне застосування антибіотиків у терапії пацієнтів у зв'язку з гострим панкреатитом не рекомендується.

На завершення автор наголосив, що деякі питання все ще залишаються відкритими. По-перше, в останнє десятиліття відбулась зміна підходів до діагностики ЕНПЗ. По-друге, має бути оптимізація доступних на сьогодні методів лікування екзокринної недостатності підшлункової залози, оскільки підходи до замісної ферментної терапії та визначення доз, частоти вживання та тривалості терапії досі різняться в світових рекомендаціях.



Старший науковий співробітник **Лутай Я. Й.** у доповіді «**Венозні тромбоемболії. Що потрібно знати сімейному лікарю**» нагадав, що ТЕЛА – це оклюзія стовбура або гілок легеневої артерії частинами тромбу, що сформувались в венах великого кола кровообігу.

Поняття венозного тромбоемболізму включає тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок та тромбоемболію легеневої артерії. За даними статистики, частота ВТЕ невинно зростає.

Серед симптомів ТЕЛА найбільш поширеними є:

- задишка – у 80%,
- плевральний біль – у 50%,
- біль за грудиною – у 12%,
- кашель – у 20%,
- втрата свідомості – у 19%,
- кровохаркання – в 11% випадках.

Серед об'єктивних ознак зазначають: тахіпное >20/хв – у 70%, тахікардія >100/хв – у 26%, ціаноз – у 11%, лихоманка – у 19% випадках. Серед методів діагностики використовується ангіопульмонографія, вентиляційно-перфузійна скінтіографія, КТ. Важливим моментом діагностики є також УЗД глибоких вен нижніх кінцівок. Так, європейські настанови рекомендують встановлювати діагноз венозного тромбоемболізму, якщо при цьому дослідженні підтверджується проксимальний ТГВ у пацієнтів з клінічною підозрою на ТЕЛА.

Автор також акцентував увагу на фазах антикоагуляційної терапії ВТЕ:

1. Початкова 5 (21) днів – НФГ, НМГ, фондапарин, ПрОАК
2. Тривала терапія від 5 до 3 міс – ПрОАК, АВК, НМГ
3. Пролонгована терапія > 3–6 міс – ПрОАК, АВК, НМГ (онкохворі, вагітні), сулодексид, сапирин.

На завершення автор зазначив, що перед відміною антикоагулянтів слід виміряти рівень Д-димеру, провести УЗД судин нижніх кінцівок, ЕхоКГ, визначити маркери онкоскринінгу та оцінити ризик розвитку кровотечі.



Доцент **Савінова К. Б.** у доповіді «**Судоми у дітей: що робити?**» зазначила, що судоми – це мимовільні м'язові скорочення, викликані підвищеною збудливістю нейронів головного мозку, поділяються на епілептичні та неепілептичні.

Причини генералізованої відповіді головного мозку на різні ушкодження, які найчастіше виникають у дітей молодшого віку:

- Незрілість головного мозку
- Підвищена чутливість до гіпоксії
- Висока гідрофільність мозкової тканини
- Слабкість гальмівних процесів
- Лабільність гомеостазу в дитячому віці

Судомний синдром – це неспецифічна реакція нервової системи на різні ендо- або екзогенні фактори, що проявляється повторними нападами судом чи їхніх еквівалентів, часто супроводжується порушеннями свідомості.

Основні причини судом:

- Порушення електричної активності в мозку
- Специфічні хімічні речовини у крові
- Нейроінфекції
- Целиакія
- Травми голови
- Інсульт, гіпоксія мозку
- Генетичні дефекти
- Пухлини мозку
- Гіпоглікемія
- Дефіцит вітаміну В₆
- Гарячка (фібрильні судоми)

Фібрильні судоми можуть виникати при високій температурі тіла (вище 38 °С) у віці від 6 міс до 5 років. Діагностика при даному виді судом заснована на визначенні анамнезу, виключенні нейроінфекцій і проблем з обміном речовин, не потребує використання методів візуалізації, таких, як КТ, МРТ та люмбальної пункції. Лікування зводиться до визначення і терапії основного захворювання.

Епілепсія – це хвороба головного мозку з характерними повторними нападами. Не менше двох неспровокованих нападів, які відбуваються з інтервалом більше ніж 24 год. Виділяють генералізовані та фокальні напади епілепсії. Слід пам'ятати, що судомний напад має дві фази: активна фаза (власне судоми) та пасивна фаза (розслаблення м'язів). Відповідно і допомога під час цих фаз має відрізнитись.

Алгоритм дій при судомному нападі:

1. Відстороніть людей, що намагаються відкрити рот потерпілого
2. Бережіть голову потерпілого від травми
3. Очистіть місце навколо потерпілого від того, що може його травмувати
4. При тривалих судоммах зателефонуйте в швидку
5. По завершенню судом переверніть потерпілого на бік
6. Не слід будити потерпілого до приїзду карети швидкої допомоги

На завершення автор акцентувала увагу, що при наданні невідкладної допомоги необхідно:

- Запам'ятати час початку нападу
- Покласти дитину на плоску тверду поверхню
- Голову не згинати, а акуратно повернути на бік
- Розстебнути тісний одяг
- Забезпечити доступ свіжого повітря або кисню
- Забезпечити прохідність дихальних шляхів
- Забезпечити контроль життєво важливих функцій
- Не давати через рот лікарські засоби та рідину.

Якщо напад триває більше 10 хв, дитина під час нападу травмувалась, наявний менінгеальний синдром або дитина страждає на цукровий діабет – необхідна госпіталізація.