

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

Рациональная диагностика и лечение крапивницы

Крапивница представляет серьезную социально-медицинскую проблему в связи с высокой распространенностью (15,5-31,0%), отсутствием до недавнего времени унифицированных подходов к диагностике и лечению, большими экономическими затратами на терапию и реабилитацию, значительным снижением качества жизни пациентов.

Крапивница — это полиэтиологическое системное заболевание, которое проявляется зудящими уртикарными высыпаниями и/или подкожным отеком различной локализации и размера.

Крапивница может быть одним из клинических проявлений различных по патогенезу и прогнозу заболеваний (аллергических, аутоиммунных, онкологических, системных, паразитарных и проч.), что обуславливает сложности классификации, диагностики и терапии.

К наиболее частым этиологическим факторам крапивницы относятся:

- употребление веществ-гистаминолибераторов либо пищевых продуктов, содержащих гистамин (рыбы, морепродуктов, яиц, орехов, бобовых, цитрусовых, томатов, баклажанов, копченостей, шоколада, сыра, алкоголя, кондитерских изделий с пищевыми красителями);

- терапию лекарственными препаратами (антибиотиками, сульфаниламидами, нестероидными противовоспалительными средствами, опиатами, витаминами, препаратами крови, инсулином, миорелаксантами, ингибиторами АПФ и др.) и применение рентгенконтрастных йодсодержащих препаратов;

- паразитарную инвазию (гельминты, простейшие);

- воздействие яда перепончатокрылых, бактерий, вирусов, грибов;

- влияние физических факторов (температуры, давления, вибраций, инсоляции, физической нагрузки, купания и др.);

- психогенные эффекты;
- сопутствующие заболевания (опухоли, системные заболевания соединительной ткани, болезни пищеварительной, эндокринной системы, сывороточную болезнь, криоглобулинемию и др.).

Общепринятая классификация крапивницы отсутствует, но в клинической практике принято выделять аллергическую и неаллергическую формы. В соответствии с Официальным заключением проблемной комиссии по номенклатуре ЕААСІ (2001) аллергической считается крапивница, опосредованная иммунологическими механизмами; при наличии доказательств того, что развитие патологии обусловлено IgE-зависимыми механизмами, используется термин «IgE-опосредованная крапивница».

Основу классификации крапивницы часто составляет участие в ее развитии иммунных и неиммунных механизмов. Так, к крапивнице и АНО, протекающим по иммунным механизмам, относятся IgE-обусловленная крапивница, вызываемая пищевыми продуктами, ингаляционными и инсектными аллергенами; анафилаксия и крапивница, ассоциированные с физической нагрузкой; физическая крапивница, индуцируемая холодом, солнечными лучами, давлением, вибрацией и т. п.;

крапивница, связанная с циркулирующими иммунными комплексами (ЦИК); сывороточная болезнь; крапивница, вызванная инфекционными факторами. По неиммунным механизмам протекают следующие виды указанной патологии: IgE-несвязанная активация тучных клеток; анафилактоидные реакции, сопровождающиеся крапивницей и АНО; хроническая идиопатическая крапивница.

По длительности заболевания выделяют острую и хроническую крапивницу (острая — до 6 нед, хроническая — более 6 нед).

Лекарственные препараты, пищевые продукты, инфекционные, пыльцевые, эпидермальные, бытовые и инсектные аллергены чаще вызывают развитие острой крапивницы; хронический рецидивирующий процесс, как правило, связан с физическими факторами.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделены такие виды крапивницы:

L 50.0 — аллергическая;

L 50.1 — идиопатическая;

L 50.2 — вызванная воздействием низкой или высокой температуры;

L 50.3 — дермографическая;

L 50.4 — вибрационная;

L 50.5 — холинергическая;

L 50.6 — контактная;

L 50.8 — другая;

L 50.9 — неуточненная;

L 56.3 — солнечная;

T 78.3 — гигантская/АНО;

P 83.8 — крапивница новорожденного;

L 28.2 — папулезная;

T 80.6 — сывороточная.

Основными клиническими проявлениями крапивницы являются типичные обратимые волдыри (уртикарии) розового или красного цвета, похожие на следы ожога от крапивы или комариных укусов и сопровождающиеся зудом. Часто зуд возникает в области кожи, свободной от высыпаний, и обычно усиливается к вечеру. Волдыри могут возникать на любом участке тела, за исключением слизистых оболочек, которые поражаются при АНО, захватывая большие области, достигая гигантских (до 10 см в диаметре) размеров. АНО, который часто сопутствует крапивнице, также обратим, сопровождается зудом, располагается асимметрично, может сопровождаться болью и жжением, не характерными для изолированной крапивницы. Клиническая картина крапивницы и АНО может изменяться в зависимости от их локализации. Так, отек области шеи и глотки может приводить к дисфагии и диспноэ, стенки кишечника — к рвоте, диарее, абдоминальному болевому синдрому. У пациентов с крапивницей часто наблюдаются уртикарный дермографизм, проявляющийся в развитии зуда, эритемы и волдыря в месте штрихового раздражения кожи; возникновение волдырей в местах сдавления кожи нательным бельем, ремнем, браслетами и проч. У части пациентов развитие крапивницы может сопровождаться появлением признаков анафилаксии (снижением артериального давления, респираторными и желудочно-кишечными симптомами, стридором), что требует неотложной помощи.

Возможно также сочетание нескольких видов крапивницы у одного больного.



С.В. Зайков

При развитии **дермографической крапивницы** зуд и кожные высыпания возникают в местах давления или трения, чаще в местах сдавления кожи одеждой, нательным бельем, обувью, ремнем, наручными часами и др. По срокам возникновения и длительности проявлений элементов такой дермографизм может быть немедленным (от 2-5 до 30 мин), отсроченным (от 30-120 мин до 3-9 ч) и замедленным (от 4-6 до 24-48 ч). Иногда он может быть вторичным проявлением острой крапивницы в результате приема лекарственных препаратов, чесотки, укуса насекомого, кожного мастоцитоза, а также проявлением семейного дермографизма.

Холодовая крапивница характеризуется развитием высыпаний, зуда, эритемы и АНО на участках кожи и слизистых оболочек, подвергшихся охлаждению (воздействию холодного воздуха, воды, пищи, напитков). Ее клинические проявления варьируют от незначительной гиперемии и сыпи до тяжелых системных анафилактических реакций. Описаны случаи смерти пациентов с холодовой крапивницей после купания в холодной воде независимо от времени года. Типичные формы проявляются зудом, эритемой, волдырями на тех участках кожи, которые подверглись воздействию охлаждающих факторов. Чаще всего страдают открытые части тела (лицо, кисти и стопы), а также икры ног, подколенная область и внутренняя поверхность бедер. Употребление холодных напитков может вызвать АНО глотки и языка (у 5% больных), реже возможно появление абдоминального болевого синдрома, расстройств стула. Часто максимальная симптоматика наблюдается во время отогревания охлажденных участков тела. Тяжесть клинических проявлений заболевания зависит от площади охлаждения и интенсивности воздействующего фактора. Охлаждение значительной поверхности тела может вызвать общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль, головокружение, одышку, тахикардию, снижение артериального давления, шок.

Наиболее опасной для жизни пациентов является **системная холодовая крапивница**, которая характеризуется развитием тяжелых генерализованных проявлений вследствие одновременной дегрануляции большого количества тучных клеток. Обычно отдельные элементы сыпи при физической, в том числе и холодовой, крапивнице появляются быстро (в течение нескольких минут) и исчезают на протяжении 24 ч. Но для холодовой крапивницы с постоянными волдырями характерно появление типичных волдырей через несколько минут после воздействия холода с сохранением их в течение недели и более. У части пациентов параллельно с развитием крапивницы в ответ на воздействие холодных факторов, прежде всего холодного воздуха, могут иметь место реакции, клинически напоминающие проявления гайморита, конъюнктивита и бронхальной астмы. Заложенность носа, обильная ринорея, чихание, слезотечение, зуд и покраснение

Супрастин®

хлоропірамін

- Швидке полегшення симптомів алергії
- Максимум терапевтичного ефекту в межах першої години після прийому
- Виражена протисвербїжна дія
- Дітям від 1-го місяця**

Вік	Доза	
Діти 1-12 міс	1/4 ампули (0,25 мл)*	Дозу можна підвищувати в залежності від реакції пацієнта. Добова доза не повинна перевищувати 2 мг/кг маси тіла. Максимальна добова доза 100 мг.
1-3 років	1/2 ампули (0,5 мл)*	
3-6 років	1/2 ампули (0,5 мл)* ½ таблетки 2 рази на добу	
6-14 років	1/2 - 1 ампула (0,5 - 1,0 мл)* ½ таблетки 2-3 рази на добу	
Дорослі	1 - 2 ампули (1,0-2,0 мл)* 1 таблетка 3-4 рази на добу	

* Розчин для ін'єкцій. Супрастин вводиться **внутрішньовенно**. При гострих, тяжких алергічних реакціях рекомендовано розпочати лікування з **внутрішньовенного** введення Супрастину, потім переходити на внутрішньом'язове або **пероральний** прийом таблеток.

Побічні реакції. Седативний ефект, стомленість, запаморочення, головний біль, ейфорія, артеріальна гіпотензія, тахикардія, аритмія, біль та дискомфорт в епігастричній ділянці, сухість у роті, фоточутливість та ін. Умови відпуску: за рецептом. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Виробник: ВАТ «ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС, ЕГІС PLC.

** Інструкція для медичного застосування



Представництво «ЕГІС Нюрт.» в Україні. 04119, Україна, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т
Тел.: +38 044 496 05 39 Факс: +38 044 496 05 38



Таблица. Критерии дифференциальной диагностики крапивницы

Признак	Аллергическая крапивница	Инфекционно-аллергическая крапивница	Псевдоаллергическая крапивница
Этиологический фактор	Лекарственные, пыльцевые, бытовые, пищевые, эпидермальные, инсектные аллергены	Инфекционные аллергены: бактерии, грибы, вирусы	Медикаменты и химические вещества, пища, холод, стресс, яд и слюна насекомых, физическая нагрузка
Время развития реакции	От нескольких минут до 6-12 ч	От 6 до 24-72 ч	От нескольких минут до 72 ч
Зависимость от дозы	Нет	Нет	Есть
Зависимость от способа действия	Нет	Нет	Есть
Отсутствие периода сенсибилизации	Нет	Нет	Да
Воспроизводимость данным или сходным аллергеном	Всегда	Всегда	Иногда
Семейный аллергологический анамнез	Положительный	Положительный	Отрицательный
Собственный аллергологический анамнез	Положительный	Положительный	Отрицательный
Сопутствующие заболевания	Атопические болезни	Хронические вялотекущие резистентные к терапии инфекции	Заболевания ЖКТ, гепатобилиарной, нейроэндокринной систем, обменные нарушения
Кожные тесты с атопическими аллергенами	Положительные	Отрицательные	Отрицательные
Кожные тесты с инфекционными аллергенами	Отрицательные	Положительные	Отрицательные
Специфические антитела в крови	Есть	Есть	Нет
Тест торможения естественной миграции лимфоцитов в полости рта	Положительный	Отрицательный	Отрицательный
Тест Шелли	Положительный	Отрицательный	Отрицательный
Эозинофилия крови	Часто	Нередко	Отсутствует
Изменения в иммунном статусе	Повышение общего IgE, активация Т-хелперного звена	Снижение фагоцитоза, ряда субпопуляций лимфоцитов	Нет или отвечают тяжести основных заболеваний

глаз, кашель, удушье, которые прекращаются в сухом теплом помещении, обусловлены псевдоаллергическими ринитом и конъюнктивитом, гиперреактивностью бронхов в ответ на воздействие холодных факторов.

Солнечная крапивница характеризуется развитием зуда в течение нескольких секунд после воздействия света, а через 2-3 мин развивается типичная клиника крапивницы, которая исчезает в течение 3-4 ч. Возможно также и развитие замедленной солнечной крапивницы с появлением кожных проявлений через 18-72 ч. При локальном тепловом воздействии на кожу возможно развитие ограниченной тепловой крапивницы по немедленному (в течение 5 мин) или замедленному (через 4-6 ч) типу.

Холинергическая крапивница имеет наибольшее распространение среди подростков и лиц молодого возраста. Она характеризуется мелкоточечными (1-3 мм) уртикариями, окруженными участками гиперемии, сопровождающимися интенсивным зудом. Элементы сыпи сначала появляются на лице и шее, затем распространяются на другие участки тела, сливаясь и приобретая генерализованный характер. Возможно развитие системных проявлений в виде удушья, головной боли, потери сознания. Эту форму крапивницы часто провоцируют воздействие горячего душа, резкая смена температуры, физические упражнения, повышенное потоотделение, стрессы, употребление горячей пищи, напитков, алкоголя. После охлаждения поверхности тела клинические проявления исчезают в течение 30-60 мин.

Для адренергической крапивницы характерно наличие ореола белого цвета вокруг небольших папул. Она может воспроизводиться внутрикожной инъекцией норадреналина и купироваться приемом β -блокаторов.

Для папулезной крапивницы характерны эритематозные сильно зудящие папулы различного размера, чаще располагающиеся на не закрытых одеждой участках тела и сохраняющиеся длительное время. Развитие этой формы часто связано с гиперчувствительностью к слюне жалящих насекомых (блох, вшей, слепней, комаров).

При мастоцитозе (пигментной крапивнице) на коже образуются гиперпигментные рецидивирующие макулопапулезные пятна различного размера и локализации, напоминающие дермографизм. Эти пятна лишь при расчесывании превращаются в волдыри (симптом Дарьера). Возможно сочетание мастоцитоза с системными (анафилактическими) проявлениями инсектной аллергии

на яд перепончатокрылых. Системный мастоцитоз представляет собой генерализованную пигментную крапивницу, при которой отмечается инфильтрация тучными клетками костей, желудочно-кишечного тракта, селезенки и лимфатических узлов. Заболевание также сопровождается головной болью, гиперемией кожи, гипотензией за счет гистаминолиберации.

Для уртикарного васкулита характерно длительное сохранение волдырей (более 24 ч) с остаточной инфильтрацией и гиперпигментацией кожи, сопутствующими клиническими проявлениями в виде артралгии, абдоминальных симптомов, livedo reticularis на фоне низкой эффективности антигистаминных препаратов. Уртикарный васкулит может быть дебютом системной красной волчанки, болезни Шенлейна-Геноха, сывороточной болезни, гепатита В, лекарственной аллергии по типу феномена Артюса.

Наследственный АНО проявляется рецидивирующими отеками лица, туловища, рук, ног, слизистых оболочек дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем без образования уртикарий. Отек развивается через 4-6 ч и сохраняется до 10-12 ч и больше, четко ограничен от здоровой кожи, вызван генетическим дефектом C₁-ингибитора системы комплемента. Для наследственного АНО характерна связь с травмами и операциями (ушибами, порезами, удалением зубов и т. п.), стрессами, переохлаждением, инфекциями, менструацией.

Диагностика

Установить диагноз крапивницы достаточно просто, значительно сложнее определить ее форму.

Стандартный набор диагностических тестов для определения вида крапивницы обычно включает:

- сбор анамнеза жизни и болезни;
- физикальное обследование;
- обязательные лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, реакция Вассермана, тестирование на ВИЧ-инфекцию, биохимический анализ крови – общий белок, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, глюкоза крови; ревмопробы – антинуклеарный фактор, антитела к ДНК, С-реактивный белок, криопреципитины);

– дополнительные лабораторные и инструментальные исследования (копрограмма, бактериологическое исследование фекалий, углубленное паразитологическое обследование, бактериологические посевы на флору с поверхности слизистых рото- и носоглотки

и других очагов инфекции; рентгенологические (органов грудной клетки, придаточных пазух носа), инструментальные (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуодено- и колоноскопия, дуоденальное зондирование с посевом порций желчи В и С), функциональные (велозергометрия) и другие (по показаниям) методы);

– аллергологическое обследование (анамнез, прик-тест с неинфекционными и внутрикожный тест с инфекционными

аллергенами, холодовые, тепловые пробы, тесты со жгутом, физической нагрузкой, штриховое раздражение шпателем, аппликация грузов, алергометрическое титрование гистамином, ацетилхолином);

– иммунологическое обследование системы комплемента;

– консультации специалистов (гастроэнтеролога, гепатолога, отоларинголога, гинеколога, эндокринолога, ревматолога по показаниям).

Для аллергической крапивницы характерна четкая связь между воздействием аллергена (лекарственного, пищевого, грибкового, эпидермального, пыльцевого, бытового, инсектного) и развитием ее симптомов, наличие других аллергических заболеваний, а также положительных результатов кожных и лабораторных тестов с причинно-значимыми аллергенами.

Физические формы крапивницы можно диагностировать после 48-часовой отмены антигистаминных препаратов при помощи следующих тестов: штрихового раздражения предплечья шпателем (дермографическая); интенсивная ходьба до 30 мин или бег на месте 5-15 мин (холинергическая); цилиндр с горячей водой (50-55 °С) на 5 мин (тепловая); аппликация кубика льда на предплечье на 10-15 мин (холодовая); ходьба в течение 20 мин с грузом 6-7 кг, подвешенным к плечу (от давления); аппликация лабораторного вибратора на предплечье на 4 мин (вибрационная); водный компресс (35 °С) на 30 мин (аквагенная); облучение кожи светом разной длины волны (солнечная). Дополнительно для диагностики хронической крапивницы рекомендуется проведение тестов с аутологической сывороткой.

На практике врачам приходится проводить дифференциальную диагностику между аллергической, инфекционной (инфекционно-аллергической) и псевдоаллергической

Продолжение на стр. 42.

Алерзин

левоцетиризину дигидрохлорид

- ✦ **Антигістамінний засіб для системного застосування***
- ✦ **Дія починається через 12 хвилин і зберігається протягом 24 годин***
- ✦ **Значно поліпшує якість життя***
- ✦ **Можливо застосовувати протягом року***
- ✦ **Краплі для дітей від 2 років***

1 мл крапель містить 5 мг левоцетиризину дигідрохлориду. 1 таб. містить 5 мг левоцетиризину дигідрохлориду. Побічні реакції: Сонливість, стомлячість, головний біль, сухість у роті та інші. Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно.

*Інструкції для медичного застосування препарату Алерзин. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Умови відпуску: без рецепта. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Виробник: БАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД EGIS, EGIS PLC.

Представництво «EGIS Норт» в Україні. 04119, Україна, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 044 496 05 39 Факс: +38 044 496 05 38

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

Рациональная диагностика и лечение крапивницы

Продолжение. Начало на стр. 40.

крапивницей. Критерии, на основании которых можно осуществить дифференциальную диагностику, приведены в таблице.

Лечение

Основными принципами лечения больных крапивницей являются:

- устранение (элиминация) причинных и провоцирующих факторов;
- фармакотерапия;
- лечение основного заболевания и коррекция сопутствующих заболеваний;
- обучение пациентов.

С целью устранения причинных и провоцирующих факторов больные крапивницей в зависимости от ее формы должны соблюдать гипоаллергенную диету с исключением из рациона пищевых аллергенов и либераторов гистамина; избегать контакта с другими экзоаллергенами; ограничить влияние физических факторов (физической нагрузки, холода, тепла и проч.); использовать фотозащитные средства; отказаться от ношения тяжелой одежды, использования ремней, тесной обуви, купания в холодной воде, употребления холодной еды и напитков и т. п. Пациентам с крапивницей необходимо пройти санацию хронических очагов инфекции, дегельминтизацию, курс лечения сопутствующих заболеваний, которые могут вызвать обострение указанной патологии. При аллергической крапивнице может быть эффективна аллергенспецифическая иммунотерапия.

Хотя участие гистамина доказано не при всех формах крапивницы, антигистаминные

препараты (АГП) остаются главным средством симптоматической терапии и контроля клинического течения заболевания.

В случае легких проявлений рекомендуется пероральный прием неседативных АГП II поколения и особенно их активных метаболитов в течение 3-4 нед. Препаратом выбора в этой ситуации может быть левоцетиризин (Алерзин в форме таблеток по 5 мг и каплей для перорального приема по 5 мг/мл для пациентов различных возрастных групп). Левоцетиризин (Алерзин) является мощным селективным антагонистом H₁-рецепторов, обладающим в 2 раза большим средством к ним, чем цетиризин. Левоцетиризин эффективно подавляет эотаксининдуцированную трансэндотелиальную миграцию эозинофильных гранулоцитов через клетки дермы и легких, а также высвобождение VCAM-1, снижает сосудистую проницаемость и миграцию эозинофилов. Левоцетиризин характеризуется быстрым началом действия, которое проявляется уже с 12-й минуты после его приема (у 50% пациентов, через 1 ч – у 95%) и сохраняется в течение 24 ч. Кроме антигистаминного, левоцетиризин также обладает противовоспалительным эффектом, поскольку подавляет выделение медиаторов, которые принимают участие в развитии поздней фазы аллергической реакции. Преимуществами левоцетиризина (Алерзина) по сравнению с другими АГП в лечении больных крапивницей являются лучшее проникновение в кожу и накопление в ней в терапевтических концентрациях, а также более выраженное подавление индуцированной гистамином кожной реакции.

Для лечения пациентов с крапивницей средней степени тяжести применяются АГП

I поколения для парентерального введения в течение 2-3 дней с последующим переходом на прием неседативных АГП (например, Алерзина) в течение 1 мес. Необходимость использования инъекционных форм АГП I поколения (например, Супрастина, хлоропирамина гидрохлорида, 20 мг/мл), обусловлена их способностью быстро (в течение 15-30 мин) и достаточно эффективно блокировать H₁-рецепторы, что позволяет уменьшить выраженность общих симптомов аллергических заболеваний, а также зуд у подавляющего большинства больных. При неэффективности инъекционных форм АГП необходим парентеральный прием глюкокортикоидов в течение 1-2 дней.

Тяжелое течение крапивницы требует парентерального введения АГП (хлоропирамина) в течение 5-7 дней, глюкокортикоидов – в течение 2-3 дней; возможно проведение десинтоксикационной терапии. Затем необходим пероральный прием неседативных АГП (Алерзина) в течение 1 мес. Глюкокортикоиды при крапивнице назначаются чаще в средних дозах (30-40 мг преднизолона) и только при неэффективности высоких доз АГП.

В ряде случаев эффективно применение антидепрессантов, обладающих транквилизирующим и седативным действием. В литературе также появились данные об эффективности применения в длительном лечении больных хронической крапивницей антагонистов лейкотриеновых рецепторов (монтелукаста) и ингибиторов 5-липоксигеназы (зилеутона).

Пациентам с холинергической крапивницей рекомендуют М-холиноблокаторы (препараты на основе белладонны) и анксиолитики (гидроксизин).

При адренергической крапивнице эффективны β-блокаторы.

Лечение пациентов с холодовой крапивницей имеет некоторые особенности. Так, с целью профилактики обострений заболевания рекомендуют санацию очагов хронической инфекции, десенсибилизирующую терапию холодом при локальных формах (апликацию холода на участки кожи, подвергающиеся охлаждению), курс гистаглобулина (гистаглобулина), внутривенное введение иммуноглобулина при криоглобулинемии, лечение основного заболевания при выявлении патологических белков. Лечение при системных реакциях проводится согласно принципам терапии анафилаксии.

В качестве симптоматической терапии при хронической идиопатической крапивнице по показаниям используются панкреатические ферменты, антихеликобактерные препараты, средства для коррекции дисбиоза кишечника, гистаглобулин, антигельминтные препараты; проводится антибактериальная (антибиотики), антивирусная и противогрибковая терапия. Имеются данные об успешном применении циклоспорина А, метотрексата, нестероидных противовоспалительных средств, плазмафереза, тироксина (при выявлении антитиреоидных аутоантител).

Крапивница имеет различные формы и варианты клинического течения, часто является симптомом разнообразных заболеваний, что требует от практикующих врачей выбора правильных подходов к ее диагностике, лечению и профилактике рецидивов.

3

В.М. Чернобровий, д.м.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

VII Міжрегіональна науково-практична конференція «Загальна практика – сімейна медицина: організація, сучасні стандарти діагностики, лікування та профілактики»

17-18 жовтня у м. Вінниці відбулася традиційна міжрегіональна науково-практична конференція лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ), терапевтів, педіатрів, лікарів-практиків інших спеціальностей. Співорганізаторами заходу виступили Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Асоціація лікарів загальної практики – сімейної медицини Вінницької області, Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької обласної державної адміністрації, департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради; інформаційними спонсорами – Видавничий дім «Здоров'я України», журнали «Практикуючий лікар» та «Український медичний часопис».

У роботі конференції взяли участь 238 лікарів ЗПСМ із Запорізької, Івано-Франківської, Рівненської, Херсонської, Хмельницької областей.

У рамках першого пленарного засідання читали лекції професори В.К. Серкова, В.М. Чернобровий, І.Г. Палій, В.О. Шапринський, С.В. Зайков, В.М. Жебель (м. Вінниця), Ю.В. Марушко, Д.Д. Іванов, І.Ю. Головач (м. Київ), В.Р. Мкртчян (м. Москва). Проблематика виступів включала різноманітні аспекти надання медичної допомоги у разі абдомінального болю, гастроентерогастральної рефлюксної хвороби, неалкогольної жирової хвороби печінки, закрепи, патології сечостатевої системи; гіпертонічної хвороби, хронічної лімфовенозної недостатності, дисліпідемії, діабетичної ангіопатії, остеоартрозу, ХОЗЛ, сезонних респіраторно-вірусних інфекцій тощо.

Друге пленарне засідання було присвячене питанням діагностики, лікування та профілактики найрозповсюдженіших захворювань у ЗПСМ. Зокрема, професори В.М. Жебель, Б.М. Пухлик (м. Вінниця), Н.К. Мурашко (м. Київ), Л.С. Бабинець (м. Тернопіль) висвітлювали сучасні підходи в алергології, корекції мікроциркуляції у пацієнтів із серцево-судинною патологією, метаболічній



терапії неврологічних захворювань, лікуванні атеросклерозу, патогенетичній терапії ускладнень цукрового діабету.

Були також заслухані доповіді щодо організаційних аспектів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на етапі реформування в пілотних і непілотних регіонах України. Так, кандидат медичних наук П.О. Колесник (м. Ужгород) поділився досвідом Закарпатського регіону із впровадження сімейної медицини. Професор Л.С. Бабинець (м. Тернопіль) розповіла про організацію навчально-практичних центрів сімейної медицини як базових закладів Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського. Кандидат медичних наук А.П. Дністрянська (м. Вінниця) зупинилася на стандартах надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями ЗПСМ. Л.Г. Куц (Головне управління охорони здоров'я м. Києва) повідомила про результати реформування ПМСД на засадах сімейної медицини в Дарницькому та Дніпровському районах м. Києва.

У ході конференції через Міжнародний благодійний фонд «Без кордонів» учасники зробили внески для потреб сиріт і важкохворих. Під час наукового заходу представники низки фармацевтичних і медичних компаній надали лікарям ЗПСМ актуальну професійну інформацію щодо ліків та виробів медичного призначення.

За результатами конференції ухвалено резолюцію.

Резолюція учасників VII Міжрегіональної науково-практичної конференції «Загальна практика – сімейна медицина: організація, сучасні стандарти діагностики, лікування та профілактики»

- Виходячи з нормативно-правової бази реформування охорони здоров'я в пілотних регіонах (Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та в м. Києві»), щорічно проводити міжрегіональні науково-практичні конференції, присвячені організаційним питанням, сучасним стандартам діагностики, лікування та профілактики найбільш розповсюджених захворювань у ЗПСМ, що дасть змогу узагальнити набутий у Вінницькому регіоні досвід для впровадження в інших (непілотних) регіонах України.

- У програму наступної науково-практичної конференції включити питання діагностики, лікування та профілактики найбільш розповсюджених захворювань у ЗПСМ, обмін досвідом реформування ПМСД у пілотних і непілотних регіонах України, ключові питання ЗПСМ (страхову медицину, інформаційне забезпечення, скринінг-діагностику, фактори ризику, диспансерізацію, здоров'я здорових (валеологію), надання екстреної та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі та ін.).

- Рекомендувати регуляторним органам із реформування ПМСД зосередити основну увагу на 2-3-річній інтернатурі фахівців із ЗПСМ, що є найкращою формою підготовки кваліфікованого мультидисциплінарного лікаря ЗПСМ.

- У пілотних та непілотних регіонах України використати досвід Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського з організації навчально-практичних центрів сімейної медицини, які за умови їх належного оснащення будуть надавати можливість покращення практичної підготовки лікарів ЗПСМ.

- Узагальнити досвід роботи центру ПМСД Вінницького району на етапі реформування в пілотному регіоні шляхом надання відповідних інформаційних матеріалів через МОЗ України.

Підготувала Оксана Павлова

3