

средства при осуществлении искусственной вентиляции легких рекомендуется доза, нижний уровень которой составляет 0,5 мл (10 капель). У детей в возрасте 6-12 лет при острых приступах бронхиальной астмы для быстрого купирования симптомов рекомендуется назначать препарат в дозе 0,5-1 мл (10-20 капель), в тяжелых случаях – до 2 мл (40 капель). В особо тяжелых случаях возможно применение препарата в максимальной дозе 3 мл (60 капель), при условии медицинского наблюдения за состоянием пациента. У пациентов с умеренным бронхоспазмом или в качестве вспомогательного средства при проведении искусственной вентиляции легких рекомендуемая доза составляет 0,5 мл (10 капель). Детям в возрасте младше 6 лет (масса тела менее 22 кг) ввиду ограниченности данных о применении препарата в этой возрастной группе рекомендуется использование 25 мкг ипратропия бромидом и 50 мкг фенотерола гидробромидом = 0,1 мл (2 капли) на 1 кг массы тела (на одну дозу), но не более 0,5 мл (10 капель) (на одну дозу), только при условии медицинского наблюдения за состоянием пациента

Таким образом, широкое применение комбинированного препарата Беродуал в педиатрической практике обеспечивает безопасное и эффективное лечение бронхообструктивного синдрома, уменьшение продолжительности госпитализации и улучшение качества жизни ребенка.



Мария Леонидовна Бабак (Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского) представила вниманию слушателей два клинических случая успешного применения препарата Беродуал у детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания.

Пациентка Ж., 1 год 2 мес, поступила в стационар с жалобами на частый сухой приступообразный кашель, отсутствие

аппетита. Мать ребенка утверждает, что девочка заболела 3 дня назад, когда после переохлаждения появились небольшая заложенность носа и сухой навязчивый кашель. В ночь со второго на третий день болезни состояние ребенка резко ухудшилось – усилился кашель и появилась одышка.

На момент осмотра ребенок капризен и беспокоен на руках у матери. Его состояние оценено как средней степени тяжести. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Костно-мышечная система, кожные покровы, видимые слизистые и подкожная жировая клетчатка без видимой патологии. Носовое дыхание свободное. Частота дыхания 48-50 в минуту. Грудная клетка незначительно вздута. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно над легкими отмечается коробочный оттенок. При аускультации выслушивается жесткое дыхание с большим количеством влажных разнокалиберных и сухих свистящих хрипов, выдох затруднен. Частота сердечных сокращений 142 удара в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Физиологические отправления в норме.

После проведения лабораторных и инструментальных методов исследования был установлен диагноз: острый обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность I степени.

Лечение включало назначение гипоаллергенной диеты, амброксола (2,5 мл 3 раза в сутки), ингаляций через небулайзер с применением раствора Беродуал в дозировке 4 капли 3 раза в сутки по 5 мин через лицевую маску, ингаляций минеральной воды «Боржоми» по 4 мл 2 раза в сутки, постурального массажа и вибромассажа.

Уже через 40 мин после ингаляций Беродуала отмечалось уменьшение одышки, кашель беспокоил реже. В легких на фоне жесткого дыхания выслушивалось значительно меньше влажных разнокалиберных и сухих свистящих хрипов.

Через сутки лечения кашель стал более продуктивным, в легких аускультативно отмечалось небольшое количество влажных

хрипов. На третьи сутки влажный кашель беспокоил ребенка только после сна. Частота дыхания составляла 32 в минуту. В легких выслушивались единичные влажные хрипы. По назначению лечащего врача были отменены ингаляции Беродуала. На 7-й день терапии ребенок выписан под наблюдение участкового врача для дальнейшего амбулаторного лечения.

Пациент Я., 3 года 4 мес, поступил с жалобами на частый сухой приступообразный кашель, который беспокоит преимущественно ночью и иногда заканчивается рвотой. При сборе анамнеза удалось установить, что ребенок болеет в течение 3 нед, когда впервые появился сухой кашель и незначительная заложенность носа. Амбулаторно были назначены азитромицин, амброксол, лоратадин, ингаляции сальбутамолом через небулайзер в возрастных дозировках, медовые лепешки на грудь и электрофорез на грудную клетку, однако видимого эффекта, несмотря на проводимую терапию, добиться не удалось. Накануне госпитализации состояние ребенка резко ухудшилось, участились приступы кашля, появились одышка, беспокойство, однократная рвота на высоте кашля.

Из анамнеза жизни стало известно, что ребенок рожден от второй нормально протекавшей беременности, вторых физиологических родов. Аллергический анамнез отягощен эпизодами пищевой аллергии на шоколад, цитрусовые и малину. Привит по календарю.

На момент осмотра пациент капризен и беспокоен. Состояние оценено как средней степени тяжести. Костно-мышечная система, кожные покровы, видимые слизистые и подкожная клетчатка без видимой патологии. Носовое дыхание свободное. Частота дыхания 46-50 в минуту. Заложивается с покраснением лица, слезотечением. Кашель влажный, продуктивный с рвотой. В рвотных массах отмечается большое количество прозрачной слизи. Грудная клетка незначительно вздута. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. При перкуссии грудной клетки определяется коробочный оттенок. Аускультативно отмечалось жесткое

дыхание с небольшим количеством влажных разнокалиберных и сухих свистящих хрипов, с удлинением выдоха. Частота сердечных сокращений 124 удара в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см. Физиологические отправления без особенностей.

На основании жалоб, данных анамнеза, осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики был установлен диагноз: коклюш, период спазматического кашля; острый обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность I степени.

Лечение включало назначение гипоаллергенной диеты, амброксола (2,5 мл 3 раза в сутки), бутамирата, ингаляций через небулайзер с применением раствора Беродуала в дозировке 5 капель 3 раза в сутки по 5 мин через лицевую маску, ингаляций раствором амброксола, постурального массажа и вибромассажа.

Через сутки после начала терапии состояние ребенка улучшилось, кашель стал более продуктивным, исчезла одышка. Изменилась аускультативная картина – в легких отмечалось жесткое дыхание с меньшим количеством влажных разнокалиберных хрипов.

На 5-е сутки лечения кашель беспокоил ребенка реже. В легких на фоне жесткого дыхания выслушивались непостоянные, исчезающие после кашля, влажные крупнопупырчатые хрипы. В связи с улучшением состояния были отменены ингаляции с применением Беродуала и амброксола. На 7-й день терапии констатировано полное выздоровление ребенка, и он выписан под наблюдение участкового врача для дальнейшего амбулаторного лечения.

Таким образом, Беродуал является высокоэффективным и безопасным средством для симптоматического лечения заболеваний бронхолегочной системы, сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции, в педиатрической практике. Наличие двух лекарственных форм – дозированного аэрозоля и раствора для ингаляций – позволяет использовать этот препарат у детей всех возрастных групп.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**

37

Педіатрія • Новини МОЗ

У місті Києві створено перший в Україні реєстр дітей, хворих на епілепсію

Столиця стала першою серед міст, створивши реєстр дітей, що хворіють на епілепсію. На переконання медиків, така єдина база дозволить оптимізувати та значно покращити реабілітацію, освіту й соціальну адаптацію маленьких пацієнтів.

За словами головного дитячого невролога МОЗ України Володимира Мартинюка, цей досвід потрібно розповсюджувати на всю країну. Про це посадовець повідомив під час міжвідомчого відео-селекторного круглого столу «Медико-соціальні аспекти епілепсії у дітей», де серед іншого розглядалися сучасні підходи до діагностики та лікування таких недужих.

У заході взяли участь представники Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства науки, освіти, молоді та спорту України, Міністерства соціальної політики, а також перший заступник начальника Головного управління охорони здоров'я м. Києва Валентина Залеська, керівники обласних управлінь охорони здоров'я та лікарі тих закладів охорони здоров'я, де отримують лікування діти-епілептики.

Крім того, до уваги присутніх було запропоновано кілька соціальних проєктів, зокрема програма «Дитинство без обмежень – шлях до майбутнього», що покликана об'єднати зусилля фахівців різних галузей і спрямована на реабілітацію, соціалізацію та інтеграцію у суспільство дітей з неврологічними та психічними захворюваннями.

Довідка

У столиці діти, хворі на епілепсію, проходять лікування у Київському міському центрі дитячої епілепсії, що працює на базі неврологічного відділення Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1. Фахівці центру використовують найсучасніші терапевтичні методики та препарати. Щороку медичну допомогу в центрі отримують більше тисячі дітей. Лікуються маленькі кияни безкоштовно.

Прес-служба МОЗ України

Німецькі лікарі-перинатологи поділилися досвідом із українськими колегами

З 27 листопада по 1 грудня на базі Житомирського обласного перинатального центру відбулися навчальні семінари та практичні тренінги для перинатальних діагностів й анестезіологів. Захід відбувся за участі фахівців із університетської клініки м. Бонн (Німеччина) в рамках реалізації Національного проєкту «Нове життя».

Проєкт був організований за ініціативи Міністерства охорони здоров'я України, Національного проєкту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства», а також Національної академії медичних наук та за фінансової підтримки «Фонду економічних реформ України».

За словами керівника Національного проєкту «Нове життя» Віктора Сірмана, семінар поєднав як теоретичну, так і практичну складові. Знання, здобуті протягом п'яти днів, дозволять вітчизняним фахівцям підвищити свій професійний рівень та впровадити світову практику надання пренатальної допомоги у своїх медичних закладах.

Участь у лекційно-практичних заняттях взяли понад 100 медиків зі всієї України. Акушери-гінекологи, неонатологи та діагностів займалися під керівництвом завідувача кафедри й директора клініки акушерства та гінекології м. Бонн, провідного спеціаліста Німеччини в галузі пренатальної діагностики та медицини плоду, професора Ульріха Гембруха. Викладачем експрес-курсу з анестезіології та інтенсивної терапії став доцент Стефан Вебер, провідний фахівець з питань терапії та анестезіології в акушерстві, гінекології та медицині плода.

Залучити іноземних спеціалістів до співпраці вдалося завдяки підписанню тристороннього меморандуму про партнерство у сфері навчання медпрацівників перинатальних центрів, що вже відкрилися та заплановані до відкриття. Документ був підписаний у червні цього року між Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством охорони здоров'я Німеччини та Державним агентством з інвестицій та управління Національними проєктами України.

За словами керівника відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України Ірини Чибісової, завдяки меморандуму вітчизняні медики мають можливість навчатися не лише в Україні, а й протягом трьох років пройти стажування у Німеччині. На сьогоднішній день у межах проєкту вже відібрано 12 спеціалістів, які найближчим часом почнуть працювати у клініках закордонних партнерів.

Крім того, у відкритті семінару взяли участь представник посольства Федеративної республіки Німеччина Михайло Лещенко, президент МБФ «Фонд економічних реформ України» Любов Рудюк, перший заступник голови Державного агентства з інвестицій та управління національними проєктами України Микола Стеблінський, який звернув увагу присутніх на особливий інтерес до покращення перинатальної допомоги з боку уряду й наголосив, що за ініціативи Президента України фінансування галузі в цьому році збільшилося в 4 рази.

Як зазначив головний акушер-гінеколог МОЗ України В'ячеслав Камінський, останні кілька років Житомирщина стала тим регіоном, який показує яскравий приклад впровадження перинатальних технологій. Народжувати до Житомирського обласного перинатального центру їдуть навіть жінки з інших областей. Під час тренінгу, що відбувся, українські та німецькі спеціалісти спробували поєднати дві лікарські спеціальності в межах одного заходу. В'ячеслав Камінський також нагадав, що перший такий навчальний захід відбувся одразу після підписання тристоронньої угоди на базі Дніпропетровського перинатального центру, під час якого українські медики поспілкувалися із франкфуртськими колегами, акушером-гінекологом професором Франком Льовеном та неонатологом професором Рольфом Шльоссером.

Прес-служба МОЗ України