



Компанія «Мегаком» на сторожі здоров'я дитячого населення України

Важливим завданням будь-якої медичної дисципліни є коректний вибір фармакотерапії. Для цього необхідно враховувати сучасні клінічні настанови, проводити підбір та подальшу адекватну корекцію дози лікарських засобів та, при можливості, запобігати виникненню небажаних явищ. Такий підхід забезпечить максимальний терапевтичний ефект у дітей та прискорить одужання. Проблеми вибору антибіотика при інфекціях верхніх відділів дихальних шляхів, сечової системи, інфекційній діареї, патогенетичного лікування респіраторної патології, а також медикаментозної корекції функціональних порушень з боку органів шлунково-кишкового тракту та вегетативної дисфункції у дітей не втрачають своєї актуальності протягом тривалого часу. Особливої уваги заслуговує і тактика ведення хворих дітей з atopічним дерматитом.

18-20 вересня у м. Львів відбулася XXI науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання), присвячена 75-річчю кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.



Академік НАМН України, заслужений лікар України, завідувач кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Віталій Григорович Майданник звернув увагу присутніх на патогенетичні форми вегетативної дисфункції (ВД) та їх значення у порушеннях кровопостачання головного мозку, серця та периферичних судин.

— ВД — це захворювання організму, яке характеризується симптомокомплексом порушень психоемоційної, сомоторної та вегетативної активності, що пов'язана з надсегментарними та сегментарними розладами вегетативної регуляції діяльності різних органів і систем. Розрізняють такі патогенетичні форми ВД: нейроциркуляторна, вегетосудинна, вегетативно-вісцеральна дисфункція та пароксизмальна вегетативна недостатність. Для усіх форм ВД характерне порушення різних типів кровопостачання, що супроводжується відповідними скаргами пацієнта. Хворих із порушенням церебрального кровопостачання часто турбують головний біль, шум у вухах, запаморочення. У пацієнтів з порушеннями коронарного кровообігу відмічаються коливання рівня артеріального тиску, посилене серцебиття. При змінах периферичного кровопостачання у дітей наявні скарги на похолодіння та парестезії в дистальних відділах кінцівок. Тому при виборі тактики лікування необхідно враховувати типи порушень кровопостачання та надавати перевагу лікарському засобу, який максимально покращував би кровопостачання головного мозку, серця та периферичних судин.

На українському фармацевтичному ринку доступний препарат **Цефавора** (фармацевтична компанія «Мегаком»). Лікарський засіб містить три компоненти: гінкго білоба (*Ginkgo biloba*), омелу білу (*Viscum album*) та глід (*Crataegus*). Гінкго білоба покращує і нормалізує кровопостачання головного мозку та периферичних судин, при цьому не викликає синдром обкрадання. Цей компонент препарату покращує реологічні властивості крові, зменшує агрегацію еритроцитів і тромбоцитів. Омела біла сприяє нормалізації артеріального тиску, зменшує прояви запаморочення, коронарного вазоспазму, тим самим покращуючи кровообіг у головному мозку та серці. Вагомий вплив на серцево-судинну систему чинить глід, який зменшує прояви коронарного вазоспазму.

За результатами нашого дослідження ефективності препарату **Цефавора** 74% лікарів і пацієнтів вказували на відсутність симптомів і явне поліпшення самопочуття після його застосування, 21% — незначне покращення і тільки 4,1% відмічали відсутність ефекту після 6-тижневого застосування засобу. Ці результати характеризують препарат **Цефавора** як ефективний засіб для лікування дітей з ВД. Препарат **Цефавора** дітям віком від 6 до 12 років призначають по 10-15 крапель 3-4 р/добу, дорослим і дітям віком від 12 років — по 20-30 крапель 3-4 р/добу.

Отже, при виборі лікарських засобів для лікування ВД перевагу має препарат **Цефавора** (фармацевтична компанія «Мегаком»), який завдяки трикомпонентному складу покращує кровопостачання головного мозку, серця та периферичних судин.

У практичній діяльності педіатри неодноразово задумуються над раціональним призначенням антибактеріальної терапії, особливо у дітей і вагітних при інфекціях сечової системи (ИСС).



Завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Дмитро Дмитрович Іванов розпочав свою доповідь з характеристики лікування гострого циститу та безсимптомної бактеріурії у вагітних. Препаратами вибору у лікуванні гострого циститу у вагітних є фосфоміцину трометамол у дозі 3 г одноразово або цефалоспорины II-III покоління (**Цефікс** 400 мг 1 р/добу) протягом 7 днів. Лікування безсимптомної бактеріурії також необхідне, адже цей стан може спричинити ускладнення у вигляді передчасних пологів (раніше 37-го тижня) і навіть неонатальну смерть. Терапією вибору при безсимптомній бактеріурії є фосфоміцину трометамол 3 г одноразово або лікарський засіб **Цефікс** по 400 мг 1 р/добу протягом 5-7 днів (Т.С. Перепанова і співавт., 2014).

За даними Європейської асоціації урологів (European Association of Urology, EAU, 2019) перш ніж розпочати лікування дисфункції сечового міхура у дітей, необхідно компенсувати порушення функції кишечника. Тому як терапію рекомендовано використовувати спазмолітичні та антихолінергічні засоби. В Україні зареєстрований лише один пероральний спазмолітик, дозволений для використання у дітей до 6 років, — препарат **Ріабал** (діюча речовина — прифінію бромід). За даними EAU (2013), при гострому циститі у дітей призначають **Цефікс** у дозі 8 мг/кг маси тіла протягом 3 днів, а при рецидиві захворювання — протягом 5 днів. (Форма випуску препарату: порошок для приготування суспензії 100 мг в 5 мл та готова суспензія по 30 і 60 мл.) Доза для дітей віком від 6 місяців до 12 років (або з масою тіла до 50 кг) становить 8 мг/кг на добу, віком старше 12 років (або з масою тіла більше 50 кг та у дорослих) — по 400 мг 1 р/добу.



Продовжила тему ефективної терапії при ИСС завідувачка кафедри педіатрії № 2 Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава), доктор медичних наук, професор Тетяна Олександрівна Крючко.

— На першому році життя ИСС частіше зустрічаються у хлопчиків (3,7%), ніж у дівчаток (2%), у препубертатний період — у 3% дівчаток та 1% хлопчиків. ИСС поділяються на прості (неускладнені) та складні. До неускладнених належать: ізольований/рецидивуючий бактеріальний цистит, що асоціюється з вузьким спектром уропатогенів і потребує призначення короткого курсу лікування пероральними протимікробними засобами в амбулаторних умовах. Складні ИСС характерні для новонароджених, більшості дітей з пієлонефритом, з механічною або функціональною обструкцією сечових шляхів, вираженим інтоксикаційним синдромом. Вони потребують госпіталізації та парентерального введення лікарських засобів.

За даними Американської урологічної асоціації (American Urological Association, AUA, 2019), у дітей з рецидивуючим пієлонефритом можливий розвиток прогресуючої ниркової недостатності без симптомів ИСС.

Згідно з рекомендаціями EAU (2018-2019), для педіатричних пацієнтів основними критеріями встановлення діагнозу ИСС є наявність будь-якої кількості колонієутворювальних одиниць (КУО), не менше 10 ідентичних колоній, в 1 мл сечі, отриманої при надлобковій пункції сечового міхура, або $>10^3$ - 10^5 КУО/мл при катетеризації сечового міхура, або $>10^4$ КУО/мл у середній порції сечі за наявності симптомів захворювання та $>10^5$ КУО/мл без клінічних проявів хвороби. Піурія без бактерій (стерильна

піурія) може бути викликана порушенням режиму антибіотикотерапії, сечокам'яною хворобою або сторонніми тілами, а також ИСС, спричиненими *Mycobacterium tuberculosis*, *Chlamydia trachomatis*.

Основними вимогами до терапії при ИСС є вчасність, адекватність, комплексність та індивідуалізований підхід до кожного пацієнта. Вибір пероральної чи парентеральної терапії залежить від віку дитини, клінічної підозри щодо наявності уросепсису, відмови дитини від їжі/пиття/прийому ліків, наявності диспептичних проявів, комплаєнтності до лікування, тяжкості захворювання та наявності ускладнень. У зв'язку зі зростанням частоти уросепсису та тяжкого пієлонефриту у дітей перших місяців життя рекомендований парентеральний шлях введення ліків. У таких пацієнтів існує ризик розвитку електролітичних порушень, які становлять пряму загрозу для життя дитини. Застосування лише пероральної терапії цефалоспоринами III покоління (**Цефікс** або препарати цефтибутену) еквівалентне звичайній внутрішньовенній терапії протягом 2-4 діб з подальшим використанням пероральної терапії. Згідно з рекомендаціями EAU (2018-2019), показанням до призначення цефалоспоринов III покоління (**Цефікс**) є неускладнений пієлонефрит у дітей віком від 6 місяців. Тривалість терапії цієї категорії пацієнтів становить 7-10 днів. Відповідно до рекомендацій Американської академії педіатрії (American Academy of Pediatrics, AAP), доза препарату **Цефікс** при лікуванні циститів становить 8 мг/кг на добу перорально протягом 4 днів.

У рекомендаціях EAU (2018-2019) також вказано, що групу високого ризику розвитку ИСС складають діти з антенатальним гідронефрозом, гідроуретеронефрозом. У всіх дітей після першого епізоду ИСС з лихоманкою необхідно виключити міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР); золотим стандартом діагностики цієї патології є мікційна цистографія, а також DMSA-сканування (рівень рекомендацій 2a, сильний). Ризик рецидиву ИСС вищий у дітей із симптомами інфекцій нижніх сечових шляхів у поєднанні з МСР, ніж у дітей з ізольованим МСР. Рецидивуючий пієлонефрит асоціюється з прогресуванням рубцювання ниркової тканини. Ведення таких хворих полягає у вичікувальній тактиці, використанні переривчастої/постійної антибіотикопрофілактики, а також відновлення функції сечового міхура (сильна рекомендація).

Згідно з даними Глобальної системи з нагляду за стійкістю до протимікробних препаратів (GLASS) Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 500 тис. осіб з підозрою на бактеріальну інфекцію у 22 країнах зіткнулися зі стійкістю збудників захворювання до антибіотиків. Найпоширенішими антибіотикорезистентними бактеріями є *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella* spp. Оскільки мінімальна інгібуюча концентрація цефіксиму до основних збудників ИСС є низькою, саме препарат **Цефікс** залишається ефективним препаратом вибору для лікування ИСС у дітей.



Прийому антибактеріальних препаратів стосувалася і доповідь завідувача кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), доктора медичних наук, професора Сергія Олександровича Крамарьова. На початку він охарактеризував діагностичні критерії різних типів діареї у дітей. Ознаками інфекційної діареї є раптовий початок захворювання, висока температура тіла (39-40°C), діарея з випорожненнями більше 4 разів на добу без попереднього блювання, наявність болю в животі, крові та слизу в калі у незначній кількості. У загальному аналізі крові також можливе збільшення кількості паличкоядерних лейкоцитів >100 мм³ та рівня С-реактивного білка >12 мг/дл. При вірусній діареї у хворих спочатку з'являються блювання, пізніше — водянисті, рясні без патологічних домішок випорожнення, часто наявні респіраторні скарги, зазвичай відомо про контакт із хворим. Провідними збудниками інвазивної діареї є шигели, сальмонели, ентероінвазивні, ентеропатогенні, ентерогеморагічні, ентероагрегативні ешерихії, кишкові ерсинії, кампілобактер, клостридії, окрім бактерій, інвазивну діарею може викликати амеба гістолітика.

Основними вимогами до етіотропного лікування інфекційної діареї у дітей є бактерицидна дія лікарського препарату, його висока біодоступність і висока концентрація



Компанія «Мегаком» на сторожі здоров'я дитячого населення України

Продовження. Початок на стор. 24.

застосовують місцеві глюкокортикостероїди (ГКС), які наносять на ділянки запалення відповідно до потреб (свербіж, нові елементи висипу). Побічні дії місцевих ГКС включають різні шкірні зміни, в основному у вигляді атрофії шкіри, за виключенням контактної алергії на глюкокортикостероїдні речовини (A. Wollenberg, 2018). При легкому та середньотяжкому ступені АД використовують слабкі та середньої сили топічні ГКС і/або топічні інгібітори кальциневрину, при середньотяжкому та тяжкому АД — топічні ГКС середньої сили чи сильні і/або топічні інгібітори кальциневрину. При дуже тяжкому та тяжкому АД призначають системну терапію (в тому числі циклоспорин А, ультрафіолетове опромінення).

Одним із варіантів терапії топічними ГКС є step-up, коли лікування починають із призначення слабшого стероїду, а за його неефективності переходять до сильнішого. Проте така схема з високою ймовірністю може спричинити розвиток побічних ефектів та звикання до ГКС. Іншим варіантом терапії топічними ГКС є step-down: короткий курс сильного стероїду з переходом на ГКС з меншою активністю застосовують до одужання пацієнта. Терапію починають з ГКС дуже сильної дії протягом 7 днів, потім переходять на ГКС сильної дії і продовжують лікування аж до одужання. Така схема терапії характеризується швидким настанням ефекту, коротким курсом застосування галогенізованого ГКС, низькою ймовірністю розвитку побічних дій і звикання.

На українському фармацевтичному ринку топічний ГКС представлений кремом **Елозон** (мометазону фураат). Молекулярна біотрансформація мометазону фураату в шкірі зумовлює нижчу спорідненість засобу до клітин дермісу, ніж до епідермісу, що сприяє його низькій атрофогенності. У цілому мометазону фураат є високоефективним сильнотопічним ГКС з низьким ризиком як місцевих, так і системних побічних ефектів. Безпека крему **Елозон** підтверджена даними метааналізу за участю 372 дітей (з них 323 — діти з 6 міс до 12 років), яким проводилося лікування мометазоном до 3 тижнів безперервно з наступним переходом на використання засобу 2-3 рази на тиждень протягом 3 тижнів. У результаті загальна кількість пацієнтів з побічними реакціями склала 11 (2,9%) дітей. Зростання рівня кортизолу не було зафіксовано у жодного з учасників дослідження, а ознаки атрофії шкіри спостерігали в 1 (0,2%) дитини. Решта реакцій мали легкий місцевий характер. Отже, крем **Елозон** є безпечним при АД у дітей віком від 6 міс до 12 років.

В іншому дослідженні серед 49 осіб, пролікованих кремом **Елозон** (1 р/добу протягом 3 тижнів, потім — 1 р/добу 3 дні на тиждень упродовж 3 тижнів) або гідрокортизону бутиратом (2 р/добу протягом 3 тижнів, потім — 2 р/добу 3 дні на тиждень упродовж 3 тижнів) не було зафіксовано жодного випадку атрофії шкіри або підвищення рівня кортизолу в плазмі крові. Спостерігалися поодинокі місцеві легкі побічні реакції в обох групах. Ефективність лікування у групі використання крему **Елозон** була значно вищою (F. Spada et al., 2018).

При АД важливим є також призначення антибактеріальної терапії. Топічні препарати фузидової кислоти та ГКС широко застосовують у лікуванні АД, тому що колонізація шкіри *S. aureus* є характерною особливістю АД (S. Vagon et al., 1996). Препарат **Фузідерм** (фузидова кислота) глибоко проникає через інтактну шкіру, тому його можна застосовувати при станах, що не супроводжуються ушкодженням шкірного покриву. Завдяки унікальній молекулярній структурі мазі **Фузідерм** її короточасне (до 2 тижнів) використання не супроводжувалося зростанням резистентності бактерій. Існують переконливі дані, що місцеве використання мазі **Фузідерм** зрівнює чи більш ефективно у лікуванні хворих з АД, ніж пероральне лікування антибіотиками. Через відсутність досліджень в осіб з великим імпетиго не відомо, чи перевершує ефективність пероральних антибіотиків таку топічних, чи ні (E. Rob et al., 2017). На фармацевтичному ринку наявні зручні форми випуску препарату **Фузідерм**: мазь (15 г мазі з 2% натрію фузидату), крем (15 г крему, що містить 2% фузидової кислоти), гель (15 г гелю з 2% фузидової кислоти), а також крем **Фузідерм Б** (15 г крему, до якого входить 2% фузидової кислоти та 0,1% бетаметазону), що призначають дітям старше 1 міс.

Отже, зовнішня терапія є невід'ємною частиною комплексного лікування АД, займаючи в ній провідне місце. Метою такої терапії є пригнічення ознак запалення шкіри та пов'язаних з ним основних симптомів АД у гострій і хронічній фазах, усунення сухості шкіри, профілактика

й усунення вторинного інфікування уражених ділянок, відновлення ушкодженого епітелію, поліпшення бар'єрних функцій шкіри.



Про особливості лікування дітей з гострим обструктивним бронхітом з позиції доказової медицини розповів завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Юрій Володимирович Марушко.

— Успіх лікування бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей залежить від спрямованості дії лікарських препаратів на основні патогенетичні механізми. В основі БОС лежить запальна інфільтрація дихальних шляхів унаслідок впливу різних патогенів, зокрема вірусів, які пригнічують вивільнення циклічного аденозинмонофосфату (цАМФ). Результатом зменшення цАМФ у мастоцитах є лізис гранул і вивільнення медіаторів запалення, що призводить до розвитку набряку, потовщення слизової оболонки дихальних шляхів, бронхоспазму, збільшення продукції бронхіального секрету.

Основними завданнями терапії при БОС є припинення чи послаблення дії тригера та усунення ключових патогенетичних механізмів. Відповідно, провідними напрямками лікування таких пацієнтів є бронхолітична, протизапальна терапія та відновлення дренажної функції бронхів.

Традиційно з метою усунення БОС у дітей застосовують β_2 -агоністи, які стимулюють β -рецептори, активують аденілатциклазу, протеїнкіназу, підвищують рівень цАМФ. Проте крім позитивних ефектів β_2 -агоністи мають низку недоліків: стимуляція β_1 - та α -адренорецепторів при перевищенні дози, розвиток резистентності внаслідок зменшення кількості рецепторів і виникнення таких побічних ефектів, як тремор, головний біль, тахікардія.

Тому уваги педіатрів заслуговують ксантини II покоління, зокрема препарат доксофілін (**Аерофілін**[®]). Лікарський засіб сприяє підвищенню концентрації цАМФ, яка пригнічує з'єднання актину з міозином, що, у свою чергу, знижує скоротливу здатність гладеньких м'язів і зумовлює розслаблення м'язів бронхів. У ході нашого клінічного дослідження терапія препаратом **Аерофілін**[®] супроводжувалася регресуванням симптомів патології (інтенсивності кашлю, задишки), покращенням відходження мокротиння, відмічалася позитивна аускультативна динаміка. Побічних ефектів з боку серцево-судинної системи не було зафіксовано.

Безпечність доксофіліну також підтверджена результатами двох багатоцентрових подвійних сліпих рандомізованих досліджень DOROTHEO 1 та DOROTHEO 2 (L. Calzetta et al., 2018).



Основні терапевтичні помилки у веденні дітей з гострим обструктивним бронхітом (ГОб) детально проаналізувала завідувачка кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Леся Василівна Беш.

— На жаль, помилки, пов'язані з діагностикою та лікуванням ГОб, — не рідкість. Насамперед це зумовлено тим, що захворювання часто перебігає під маскою інших станів, які супроводжуються виникненням БОС. І незважаючи на те, що клінічні прояви БОС є досить чіткими, у клінічній практиці українських лікарів спостерігається високий рівень гіподіагностики цієї патології. Це зумовлює значну розбіжність світових та українських статистичних даних щодо поширеності респіраторної патології у дітей.

Згідно з чинним вітчизняним клінічним протоколом, ознаками обструкції бронхів є свистячий подовжений видих (wheezing), збільшення об'єму грудної клітки, участь у диханні допоміжних м'язів, сухий кашель (до кінця 1-го тижня трансформується у вологий), наявність специфічних перкуторних та аускультативних (сухі свистячі хрипи) змін.

Основними напрямками лікування при ГОб є активна пероральна регідратація, киснева терапія (у разі потреби), бронхолітична терапія, застосування інгаляційних і системних ГКС. Проте у веденні дітей з ГОб допускають такі терапевтичні помилки, як поліпрагмація, невідправдане застосування антибіотиків, дротаверину, поєднання перорального й інгаляційного введення β_2 -агоністів, використання фізіотерапевтичного лікування, а також недозволені для інгаляційного введення розчинів (відварів трав, мінеральних вод тощо). Протягом тривалого часу не викликали прихильності педіатрів такі препарати, як метилксантини. Проте усі побоювання щодо виникнення побічних ефектів з боку центральної нервової та серцево-судинної систем внаслідок неселективної блокади аденозинових рецепторів і фосфодіестерази стосуються лише представників I покоління.

Сьогодні доступна принципово нова молекула — доксофілін (**Аерофілін**[®]), яка належить до ксантинів II покоління. Доксофілін не блокує аденозинові рецептори та не впливає на транспорт іонів кальцію.



Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ) Сергій Петрович Кривопустов звернув увагу присутніх на необхідність обґрунтованого використання антибіотиків при інфекціях органів дихання у дітей.

— Оптимальний вибір антибіотика в амбулаторній практиці педіатра та сімейного лікаря передбачає їх обізнаність щодо чутливості до протимікробних препаратів основних збудників позалікарняних інфекцій респіраторного тракту: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Community Associated Methicillin Resistant Staphylococcus aureus* (CA-MRSA). Так, за сучасними даними, при інфекціях верхніх дихальних шляхів (синуситі, отиті), викликаних *Streptococcus pneumoniae*, рекомендують амоксицилін у високих дозах, амоксицилін/клавуланат, цефдинір, цефподоксим, цефуроксим, кліндаміцин перорально, за показаннями — цефтріаксон внутрішньом'язово (J.D. Nelson, 2019).

Важливим аспектом раціонального використання антибіотиків є врахування регіональної чутливості найбільш поширених збудників захворювання до антибіотиків. За даними річного звіту European Antimicrobial Resistance Surveillance Network за 2017 р., у різних країнах Європи резистентність *Streptococcus pneumoniae* до пеніцилінів коливається від 0,2 до 45,5%, до макролідів — від 3,6 до 36,8%. Резистентність *Haemophilus influenzae* до амоксициліну/ампіциліну в деяких регіонах сягає 40%. 100% *Moraxella catarrhalis* продукують β -лактамазу та резистентні до амоксициліну (J.D. Nelson, 2016).

При респіраторних інфекціях зазвичай використовують емпіричний підхід. При емпіричній терапії пневмонії враховують регіональний рівень вакцинації проти пневмокока та стійкості *Streptococcus pneumoniae* до пеніциліну. Так, амінопеніциліни рекомендовані для регіонів з високим рівнем вакцинації або низькою резистентністю, цефалоспорины — для регіонів з низьким рівнем вакцинації або високою резистентністю. За припущення інфікування CA-MRSA застосовують ванкоміцин або цефтаролін, мікоплазмами (особливо у дітей шкільного віку) — додають азитроміцин. При пневмонії, викликаній *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, може бути ефективним пероральне застосування амоксициліну/клавуланату, цефдиніру, цефіксиму, цефподоксиму, цефуроксиму (J.D. Nelson, 2019).

Окремо варто виділити режим ступінчастої антибіотикотерапії, який доцільно використовувати у веденні стаціонарних хворих з пневмонією (перехід від внутрішньовенного введення цефтріаксону на пероральний прийом цефподоксиму проксетилу (**Цефодокс**) або від внутрішньовенного введення цефуроксиму на пероральне застосування цефуроксиму аксетилу (**Цефутіл**[®])).

На сьогодні лікування дітей, особливо раннього віку, є одним з важливих питань фармакотерапії. Правильний вибір антибіотика при ІСС та інфекційній діареї, використання дозволених спазмолітиків у дітей з ФГР, корекція ВД і раціональне застосування ГКС та антибактеріальних засобів при АД — питання, з якими щодня стикається педіатр у своїй клінічній практиці. Знання фармакології та правильний вибір препарату при зазначених станах дозволяє усунути не тільки симптоми захворювання, а й покращити загальний стан пацієнтів та зменшити емоційну нестабільність у сім'ї дитини.

Підготували Ірина Неміш та Ілона Цюпа

