

# Кашель у дітей: алгоритм дії сімейного лікаря

26 лютого в Харкові відбулася науково-практична конференція «Актуальні питання алергології та пульмонології в практиці сімейного лікаря», під час якої були докладно розглянуті аспекти надання медичної допомоги пацієнтам з респіраторною патологією лікарями первинної ланки охорони здоров'я. Особливу зацікавленість учасників форуму викликали доповіді вітчизняних експертів у галузі педіатрії, присвячені практичним аспектам лікування захворювань органів дихання в дітей. У їхніх виступах, зокрема, були висвітлені підходи до ведення дітей з найпоширенішим симптомом ураження дихальної системи – кашлем.



Про патогенетичний підхід до лікування кашлю в дітей у практиці лікаря першого контакту розповіла завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), заслужений лікар України, голова асоціації педіатрів м. Києва, доктор медичних наук, професор Галина Володимирівна Бекетова.

– Сучасні стратегії ведення пацієнтів з гострими респіраторними інфекціями (ГРІ) на етапі первинної медичної допомоги спрямовані перш за все на поліпшення діагностики цих захворювань, швидке прийняття лікарем оптимальних рішень та, головне, на вибір правильної тактики лікування. Водночас ведення пацієнтів із ГРІ пов'язане з певними проблемами, основними з яких є:

- неправильний підхід до тактики лікування (зокрема, надмірне «захоплення» антибіотиками та блокаторами H<sub>1</sub>-рецепторів, що негативно впливають на мукоциліарний транспорт і кліренс);
- недооцінювання ризику бронхіальної астми (БА) при повторних епізодах бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей;

- акцент на симптоматичній, а не на патогенетичній терапії ГРІ (особливо за наявності БОС), унаслідок чого не досягається контроль над запаленням та надалі збільшується навантаження на лікарів і зростають матеріальні витрати родини на лікування;

- неправильне трактування симптомів, зумовлене недостатніми знаннями анатомо-фізіологічних особливостей респіраторного тракту в дітей (фізіологічно в'язкіше мокротиння, фізіологічно вузьчі бронхи, слабкість дихальної мускулатури, відсутність свідомого контролю над кашлем, недостатність місцевого імунного захисту);

- призначення не тих лікарських засобів, які справді необхідні в конкретному клінічному випадку, а наявних у домашній аптечці (у т. ч. використання залишків препаратів без контролю за строком їх придатності після першого відкриття);

- недооцінювання тривалості кашлю після ГРІ як клінічного маркера гіперреактивності бронхів та прихованого бронхоспазму на тлі запалення.

При цьому саме такий симптом, як тривалий кашель, істотно підвищує вартість лікування, оскільки з часом збільшується кількість різноманітних препаратів, що призначаються дитині з цього приводу. При кашлі як патогенетичну терапію використовують різноманітні мукоактивні засоби, які класифікують залежно від механізму дії

на муколітики (ацетилцистеїн, ердостейн), мукорегулятори (карбоцистеїн), мукокінетики (амброксол, бромгексин), пептидні засоби (дорназа альфа), експекторанти прямої дії (гвайфенезин, гіпертонічні розчини калію хлориду та натрію хлориду), експекторанти рефлекторної дії (термопсис), препарати опосередкованої мукоактивної дії (глюкокортикоїди, бронхолітики, сурфактанти тощо), а також засоби комбінованої (симптоматичної та патогенетичної) дії. Саме останні заслуговують на особливу увагу лікарів, оскільки їх застосування дає змогу одночасно вплинути на кілька важливих ланок патогенезу кашлю. З урахуванням основних ланок патогенезу ГРІ, гострого та рекурентного бронхіту, а також анатомо-фізіологічних особливостей респіраторного тракту в дітей раннього та дошкільного віку в практиці сімейних лікарів та педіатрів доцільним є застосування комбінованого препарату Аскоріл Експекторант, до складу якого входять 3 діючі речовини з різними механізмами дії протикашльового ефекту: бромгексин, гвайфенезин та салбутамол у мінімальних терапевтичних дозах. Завдяки 3-компонентному складу сиропу Аскоріл Експекторант має фактично потрійний механізм дії. Він забезпечує мукокінетичну, муколітичну та бронхолітичну дію, а також чинить низку додаткових позитивних ефектів (протизапальний, посилення синтезу сурфактанту тощо). Слід наголосити, що всі компоненти препарату Аскоріл Експекторант успішно використовуються в медицині протягом багатьох років і довели свою високу ефективність та безпеку. Так, у 2016 р. сприятливий профіль вигоди/ризиків препаратів, що містять бромгексин, був підтверджений Європейською комісією. Станом на 2017 р. у США було зареєстровано 17 готових лікарських засобів із вмістом гвайфенезину, у Європі – 7. Численні препарати салбутамолу також дуже широко використовують у багатьох країнах, включаючи США, Європу та Канаду.

Бромгексин зумовлює гідроліз мукопротейдів та мукополісахаридів, сприяючи зменшенню в'язкості, поверхневого натягу та адгезивних властивостей мокротиння. Крім того, він має слабку протикашльову дію, зменшуючи надмірно виражений кашель. Гвайфенезин збільшує продукцію нейтральних мукополісахаридів та сурфактанту, що дає змогу підтримувати реологічні властивості мокротиння. Як відомо, основним гелеутворювальним муцином, що секретують келихоподібні клітини верхніх дихальних шляхів людини, є білок MUC5AC. Потрапляння в дихальні шляхи алергену або вірусу призводить до гіперекспресії гену MUC5AC і відповідних муцинів. У дослідженнях із використанням людських диференційованих епітеліальних клітин дихальних шляхів в умовах, що імітують запальну відповідь, було підтверджено здатність гвайфенезину знижувати продукцію MUC5AC. При цьому амброксол та ацетилцистеїн істотно не впливали на клітинний вміст або секрецію MUC5AC. Зазначені результати додатково підтверджують доцільність використання гвайфенезину при гіперсекреторних станах дихальних шляхів, включаючи бактеріальні або вірусні інфекції та хронічний бронхіт (Seagrave J. et al., 2012).

ГРІ, маючи в основі виникнення запалення, супроводжуються гіперчутливістю дихальних шляхів, що обґрунтовує доцільність застосування салбутамолу як селективного агоніста β<sub>2</sub>-адренорецепторів, що зменшує гіпертонус бронхів та утворення гістаміну і набряк слизової оболонки бронхів, а також поліпшує мукоциліарний кліренс.

Ці ефекти салбутамолу полегшують видалення мокротиння та сприяють переведенню непродуктивного кашлю в продуктивний (Оковитий С. В., Анисимова Н. А., 2011). Крім потужного бронхолітичного ефекту, препарат має також мембраностабілізуючі властивості. В експериментальних роботах було показано, що β<sub>2</sub>-агоністи перешкоджають вивільненню медіаторів (простагландину D<sub>2</sub>, лейкотрієну C<sub>4</sub>) з гранул базофілів та мастоцитів (Rihoux J. P., 1993). Важливим ефектом салбутамолу є також стимуляція мукоциліарного транспорту шляхом збільшення частоти биття війок епітелію (Авдеев С. Н., Чучалин А. Г., 2000). Завдяки селективності щодо β<sub>2</sub>-адренорецепторів салбутамол характеризується мінімальними побічними ефектами з боку серцево-судинної системи, оскільки вони пов'язані переважно зі стимуляцією α<sub>1</sub>-адренорецепторів. Однак селективність препарату до β<sub>2</sub>-рецепторів суттєво знижується в разі призначення його великих доз та на тлі гіпоксії (Авдеев С. Н., Чучалин А. Г., 2000). У зв'язку з цим до складу комбінованого препарату Аскоріл Експекторант салбутамол було додано в мінімальній терапевтично значущій разовій дозі (1–2 мг залежно від віку пацієнта, при цьому середня терапевтична разова доза становить 4 мг). Салбутамол також має доведений протизапальний, протиекзудативний ефекти, зменшуючи ексудацію плазми із судин у просвіт дихальних шляхів. Водночас салбутамол пригнічує вазоконстрикцію мікроциркуляторного русла бронхів, зумовлену фактором активації тромбоцитів, унаслідок релаксації ендотеліальних клітин і зменшення відстані між ними (Авдеев С. Н., Чучалин А. Г., 2000).

У клінічних спостереженнях, виконаних вітчизняними вченими-педіатрами, було продемонстровано клінічну ефективність, високий профіль безпеки та хорошу переносимість препарату Аскоріл Експекторант у дітей (Бекетова Г. В. і співавт., 2014; Лапшин В. Ф., Уманець Т. Р., 2014; Крамарьов С. О. та співавт., 2015). Результати цих спостережень дають змогу рекомендувати Аскоріл Експекторант для широкого застосування в клінічній практиці при лікуванні дітей із ГРІ, зокрема з гострими та рецидивними бронхітами (Лапшин В. Ф., Уманець Т. Р., 2014). За даними сахаринного тесту продемонстровано, що препарат Аскоріл Експекторант поліпшував мукоциліарний транспорт у 96,6% пацієнтів уже на п'ятий день терапії та сприяв ефективному виведенню мокротиння (Ахмад Али М. М., 2014). Аскоріл Експекторант також достовірно нормалізував лейкоцитоз бронхіального секрету – знижував «гнійність» мокротиння, істотно зменшуючи в такий спосіб необхідність призначення антибіотиків при бронхіті (Лапшин В. Ф., Уманець Т. Р., 2014). Це можна пояснити швидким відновленням мукоциліарного транспорту, підвищенням вмісту секреторного IgA, а також протизапальним ефектом препарату (Васильєва О. С., Гушина Е. Е., 2012). У багатоцентровому дослідженні (в 5 клініках м. Києва, Україна, та м. Делі, Індія) було показано, що застосування препарату Аскоріл Експекторант скорочувало тривалість хвороби в середньому на 2,3±0,4 днів (Ахмад Али М. М., 2014).

Слід зауважити, що на основі результатів цих спостережень препарат Аскоріл Експекторант було включено до цілої низки рекомендаційних документів, зокрема до виданих у 2017 р. Клінічних рекомендацій «Вибрані питання дитячої пульмонології (для сімейних лікарів)». У прийнятій у травні 2018 р. Резолюції Ради експертів з респіраторної патології щодо окремих питань оптимізації надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями дихальних шляхів наголошується: «... пацієнтам із ГРЗ і трахеобронхітом з метою скорочення терміну хвороби, зниження ризику формування бактеріальних ускладнень та пов'язаних з ними інших ризиків (розвитку медикаментозної алергії,

## Проти кашлю більше сил, якщо поруч АСКОРІЛ

ПРЕПАРАТ РОКУ 2014
ПРЕПАРАТ РОКУ 2017

\* ПРЕПАРАТ РОКУ 2014 – за результатами маркетингової дослідницької конференції «Листопад 2014» у м. Києві АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП обраним препаратом року серед лікарів первинної ланки охорони здоров'я. АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП обраним препаратом року серед лікарів первинної ланки охорони здоров'я у 2017 році.

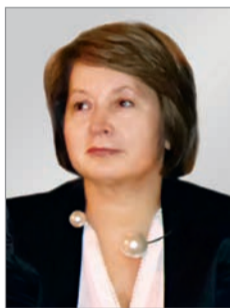
АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП (гвайфенезин, бромгексин, салбутамол) – комбінований препарат, який ефективно лікує кашель, спричинений респіраторними інфекціями (ГРІ), а також бронхіальну астму (БА) та бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей та дорослих. АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП показав високу ефективність та безпеку при лікуванні дітей з кашлем, спричиненим ГРІ, а також бронхіальну астму (БА) та бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей та дорослих. АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП показав високу ефективність та безпеку при лікуванні дітей з кашлем, спричиненим ГРІ, а також бронхіальну астму (БА) та бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей та дорослих.

АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП показав високу ефективність та безпеку при лікуванні дітей з кашлем, спричиненим ГРІ, а також бронхіальну астму (БА) та бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей та дорослих. АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП показав високу ефективність та безпеку при лікуванні дітей з кашлем, спричиненим ГРІ, а також бронхіальну астму (БА) та бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей та дорослих.

АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП показав високу ефективність та безпеку при лікуванні дітей з кашлем, спричиненим ГРІ, а також бронхіальну астму (БА) та бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей та дорослих. АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ СИРОП показав високу ефективність та безпеку при лікуванні дітей з кашлем, спричиненим ГРІ, а також бронхіальну астму (БА) та бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей та дорослих.

антибіотикорезистентності, додаткових фінансових витрат) як можливу початкову мукоактивну терапію доцільно рекомендувати комбінацію бромгексину, гвайфенезину, салбутамолу для одночасного впливу на основні ланки патогенезу, налаштування ефективної експекторативної (евакуації мокротиння з дихальних шляхів)».

Отже, основними завданнями лікаря первинної ланки охорони здоров'я при лікуванні респіраторних захворювань у дітей, що супроводжуються кашлем, є обґрунтоване призначення ліків (особливо антибіотиків), попередження поліпрагмації, проведення саме патогенетичної терапії кашлю з переважним застосуванням комбінованих лікарських засобів та об'єктивне оцінювання тривалості кашлю з подальшим діагностичним пошуком для ранньої діагностики БА. У дітей раннього віку з рекурентними респіраторними захворюваннями, перебіг яких супроводжується БОС, та з високим ризиком БА рекомендується своєчасне призначення педіатром / сімейним лікарем пробної терапії інгаляційними глюкокортикоїдами (ІГК) і антигоністами лейкотрієнових рецепторів (АЛР) з метою ранньої профілактики ремоделювання бронхів.



Синдрому кашлю в практиці сімейного лікаря присвятила свій виступ завідувач кафедри педіатрії № 2 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава), доктор медичних наук, професор Тетяна Олександрівна Крючкова.

У сучасних міжнародних рекомендаціях з лікування кашлю зазначено, що при веденні пацієнтів з кашлем перш за все слід активно виявляти причину його появи. Згідно з рекомендаціями Британського торакального товариства (BTS, 2008), виділяють гострий кашель, рекурентний гострий кашель та персистуючий неремітуючий (хронічний) кашель. Із найменшими проблемами лікар стикається при очікуваному кашлі, вторинному щодо вже діагностованих патологічних станів (ГРВІ, гіперреактивність бронхів тощо), та специфічному кашлі, що виникає при конкретних захворюваннях із відомою етіологією (муковісцидоз, кашлюк тощо). Проте в структурі хронічного кашлю досить істотною є частка т. зв. неспецифічного кашлю – зазвичай він є сухим, має невстановлену етіологію та може бути ізолюваним симптомом (Lamas A. et al., 2014). Лікування хронічного неспецифічного кашлю насамперед визначається його характером: якщо кашель сухий, то доцільним є призначення пробної протиастигматичної терапії ІГК у половинних дозах; якщо кашель вологий, слід розглянути призначення антибіотикотерапії. Необхідно звернути увагу, що хороша відповідь на протиастигматичну терапію в дітей з неспецифічним ізолюваним кашлем частіше спостерігається в молодшому віці. У зв'язку з цим багато практикуючих лікарів нині рекомендують пробну протиастигматичну терапію, особливо в маленьких дітей з ізолюваним кашлем, як тест на ймовірну БА. Водночас у дітей шкільного віку за наявності хронічного неспецифічного кашлю слід реалізувати алгоритм диференційно-діагностичного обстеження, щоб якомога раніше встановити точну причину появи цього симптому.

Безумовно, найчастішою причиною хронічного неспецифічного кашлю в дітей є БА, при лікуванні якої лікарі нерідко стикаються з об'єктивними труднощами навіть при чіткому дотриманні сучасних протоколів. Досягненню контролю БА можуть перешкоджати такі фактори:

- неправильний діагноз;
- неадекватна фармакотерапія;
- неадекватне оцінювання контролю;
- супутні захворювання (алергічний риніт, риносинусит, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ожиріння, психологічні порушення тощо);

- контакт з алергеном та/або тригером (кліщі домашнього пилу, домашні тварини, тютюновий дим тощо);
- фенотип тяжкої БА, яка не контролюється на тлі максимальної терапії;
- генетичні фактори (поліморфізм генів β<sub>2</sub>-адренорецепторів, глюкокортикоїдних рецепторів, рецепторів цистеїнілових лейкотрієнів тощо);
- низька прихильність до лікування;
- неправильна техніка інгаляції;
- шкідливі звички.

Найскладніше встановити діагноз БА дітям раннього віку. Так, для дітей перших двох років життя ймовірність діагнозу БА зростає в разі характерної спадкової обтяженості сімейного алергічного анамнезу, наявності алергічних реакцій на харчові продукти та медикаменти, виражених шкірних проявів алергії, вираженого вірус-індукованого БОС із раннім його початком під час ГРВІ та при помітному позитивному ефекті від бронхолітичної терапії. Проте в дітей цієї вікової групи жодна з перелічених характеристик окремості (у т. ч. рівень IgE) не може бути достовірним диференційно-діагностичним критерієм БА.

У дітей віком 2-5 років ключовим критерієм діагностики БА є персистенція симптомів протягом останнього року. Найчастішими тригерами загострень залишаються віруси, а також алергени (харчові, кліщі домашнього пилу, епідермальні алергени, у деяких випадках пилок). Унікальним фенотипом захворювання в цій віковій групі може також бути БА, що провокується фізичним навантаженням. У дітей віком 6-12 років уже без особливих труднощів можна виявити загострення, зумовлені алергенами, та прослідкувати сезонність захворювання.

Як відомо, у дітей раннього віку діагноз БА не можна підтвердити за допомогою методів функціональної діагностики, зокрема тестів з оцінювання функції зовнішнього дихання. У розвинених країнах світу в дітей цієї вікової групи все ширше застосовують метод визначення рівня оксиду азоту у видихуваному повітрі (FENO), що нині розглядається як маркер еозинофільного запалення дихальних шляхів та може бути вимірним у дітей віком до 5 років. У дітей дошкільного віку з рецидивуючим кашлем та візінгом (wheezing – епізоди свистячого дихання) підвищений рівень FENO протягом >4 тиж на тлі ГРВІ вважається прогностичною ознакою БА. Крім того, визначення рівня FENO в динаміці також використовується як критерій оцінювання ефективності лікування.

Проблемним питанням педіатрії та сімейної медицини залишається лікування БА у підлітків, яке зазвичай є малоефективним через незадовільний комплаєнс, відмову від прийому ліків, т. зв. протестну поведінку та високу частоту куріння. При цьому під час вибору тактики лікування часто недооцінюють наявність коморбідності БА з іншими захворюваннями, найбільш поширеним серед яких є алергічний риніт (АР). Часто саме наявність цього супутнього захворювання призводить до погіршення та неконтрольованого перебігу БА. Тому в кожній дитині з БА слід обов'язково оцінювати ймовірність АР за допомогою спеціального опитувальника ARIA.

Поряд із призначенням адекватного лікування важливим фактором посилення контролю над БА та полегшення її перебігу є уникнення тригерів загострень, якщо вони були встановлені (Gold D.R. et al., 2017). Це завдання може бути успішно вирішене завдяки сучасним можливостям моніторингу концентрації пилку різних рослин, який дає змогу попередити сезонні загострення АР та БА.

Згідно з останнім Звітом Глобальної стратегії з контролю та профілактики БА (GINA Report 2018), на основу ведення пацієнтів покладає принцип безперервного оцінювання рівня контролю цього захворювання. Наріжним каменем лікування БА в дітей віком ≤5 років є інгаляційна терапія. Що стосується вибору засобу доставки препарату, то перевага віддається дозуючому аерозольному інгалятору під тиском (pMDI) зі спейсером (з маскою або без неї залежно від віку дитини).

Небулайзери – єдині альтернативні системи доставки для дітей, яких неможливо навчити ефективному використанню спейсерного пристрою. Якщо для доставки ІГК застосовують небулайзер, його слід використовувати з мундштуктом, аби уникнути потрапляння ліків в очі.

В основі загальної стратегії терапії БА лежить принцип суто індивідуального підходу до пацієнтів з урахуванням причин розвитку, клінічних особливостей перебігу БА, форми та фази захворювання. У деяких дітей на тлі терапії низькими та середніми дозами ІГК не вдається досягти повного контролю, що може бути пов'язано з гетерогенністю індивідуальної відповіді на протиастигматичне лікування, а також з генетичними особливостями формування захворювання (Holloway J.W., 2010; Kuna P., 2006).

При аналізі відомого ступінчастого підходу до лікування БА, який вичерпно висвітлено в рекомендаціях GINA, привертає увагу той факт, що на всіх стадіях терапії застосовують препарати класу АЛР. Якщо дитина не реагує на початкову терапію 2-го етапу, до переходу до 3-го етапу лікування слід використовувати альтернативну терапію 2-го етапу, тобто АЛР. Ці препарати довели свою ефективність (у т. ч. у дітей раннього віку) та вигідно відрізняються від ІГК більш високим рівнем комплаєнсу з боку батьків. Основними нішами застосування АЛР у педіатричній практиці є початкова базисна терапія в дітей з легкою БА (особливо в тих, хто не може чи не буде використовувати ІГК), додаткова терапія до ІГК, лікування пацієнтів із супутнім АР, вірус-індукованою БА та БА, зумовленою фізичними навантаженнями (Dumitru C. et al., 2012).

Зважаючи на патофізіологію БА, АЛР нині відіграють ключову роль у лікуванні дитячої БА. Останні дослідження підтверджують, що АЛР дають змогу не лише знизити дози ІГК, а й зменшити потребу в системних кортикостероїдах при загостреннях БА. На сьогодні представник класу АЛР монтелукаст

включений до протоколів лікування БА як додаткова протизапальна терапія та як альтернатива ІГК; він характеризується хорошою переносимістю та нечастим виникненням побічних ефектів (Neighbour H., McIvor A., 2013).

Нині на все більшу довіру українських педіатрів та сімейних лікарів заслуговує доступний генеричний препарат монтелукасту Глемонт. Безумовно, його ключовою перевагою є доведена біоеквівалентність оригінальному монтелукасту. Виробництво Глемонтом щорічно контролюється Управлінням з контролю за продуктами харчування та лікарськими засобами США (FDA). Жувальні таблетки Глемонт (4 та 5 мг) не мають у своєму складі барвників, оксиду заліза – препарат містить мінімальну кількість допоміжних речовин. Дітям віком 2-5 років Глемонт призначають у дозі 4 мг 1 р/добу, 6-14 років – 5 мг 1 р/добу, ≥15 років – 10 мг 1 р/добу. Мінімальна тривалість прийому становить 3 міс.

Слід зазначити, що, крім БА, Глемонт продемонстрував свою ефективність у лікуванні дітей з БОС та рецидивуючими респіраторними інфекціями. Так, у клінічних спостереженнях на тлі лікування Глемонтом у дітей дошкільного віку при повторних обструктивних бронхітах спостерігалось достовірне зменшення епізодів обструкції під час ГРВІ (Охотникова Е.Н., 2016). У спостереженні за участю дітей дошкільного та шкільного віку з легким персистуючим перебігом БА на тлі лікування препаратом Глемонт було продемонстровано зменшення ризику загострень у період ГРВІ (Антипкін Ю.Г. і співавт., 2016). В обстеженнях дітей на тлі прийому препарату Глемонт ГРВІ не призводила до загострення БА, і лише третина дітей епізодично використовували салбутамол. Під час застосування препарату Глемонт в учасників спостереження не було зареєстровано незапланованих візитів до алерголога/педіатра з приводу БА.

Підготувала Олена Зотова

Advertisement for Glemont (Montelukast Sodium) featuring product images, a diagram of the respiratory system, and text in Ukrainian. The main headline reads 'НЕХАЙ РОЗВИВАЄТЬСЯ ТАЛАНТ, А НЕ ХВОРОБА!' (Let talent develop, not disease!). Key messages include: 'Control of mild to moderate persistent allergic rhinitis as monotherapy or in combination with BA', 'Reliable reduction of asthma exacerbations during GRI', and 'Full control of asthma in most children'. The advertisement lists various dosage forms: 10 mg tablets, 4 mg and 5 mg chewable tablets, and 10 mg tablets for children with obesity. It also includes a 'СКОРОЧЕНІ ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ' (Condensed instructions for medical use) section.