



№ 4 (75) 2024 р.
12 750 примірників*
Передплатний індекс 37638



Педіатрія



Подія

XXVI Сидельниковські читання: педіатрія України в умовах сучасності

Читайте на сторінці **12**



Доктор медичних наук, професор
Олег Шадрін

Дисфункції кишечника у дітей: сучасні погляди та терапевтичні стратегії

Читайте на сторінці **6**



Доктор медичних наук, професор
Олена Шарикадзе

Актуальні аспекти ведення дітей зі шкірними проявами харчової гіперчутливості

Читайте на сторінці **21**

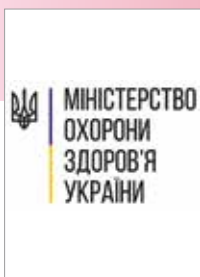
NICE

National Institute for Health and Care Excellence

Міжнародні рекомендації

Неонатальні інфекції: антибіотики для профілактики та лікування

Читайте на сторінці **8**



Стандарт медичної допомоги

Карієс тимчасових зубів

Читайте на сторінці **14**

ПРЕМ'ЄРА В 3D

РЕКОМЕНДОВАНО ДЛЯ СІМЕЙНОГО ПЕРЕГЛЯДУ

ДІЄВИЙ
ЦЕФАЛОСПОРИН 3-ГО ПОКОЛІННЯ

ДОРЕЧНИЙ
ПРИ БІЛЬШОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ*

ДОСТУПНИЙ
ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ**

3Dinir

250 mg (mg/5 ml)

МОЖЛИВО ПРИЗНАЧАТИ**
6
ВІД
МІСЯЦІВ
ДІТЯМ

3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії (cefdinir); 5 мл суспензії містить цефдініру 250 мг. **Лікарська форма.** Порошок для оральної суспензії **Фармакотерапевтична група.** Антибактеріальний засіб для системного застосування. Цефалоспорино III покоління. Код АТХ J01D D15. **Показання.** Для лікування інфекцій легкого та середнього ступеня, у дітей спричинених чутливими до цефдініру штамами мікроорганізмів, таких як: негоспітальна пневмонія, загострення хронічного бронхіту, гострий гайморит, фарингіт/тонзиліт, неускладнені інфекції шкіри і м'яких тканин, гострий бактеріальний середній отит. **Спосіб застосування та дози.** Для всіх пацієнтів віком від 6 місяців до 12 років разова доза препарату становить 7 мг/кг маси тіла, або 0,14 мл суспензії на 1 кг маси тіла, максимальна добова доза – 600 мг на добу. **Протипоказання.** Препарат протипоказаний пацієнтам з відомою алергією на антибіотики цефалоспоринового ряду. **Побічні реакції.** Діарея, висип, блювання, кандидоз м'яких тканин, біль в епігастральній ділянці, лейкопенія, вагінальний кандидоз, вагініт, атипіві випороження, диспепсія, гіперкінезія (підвищена м'язова активність), підвищення рівнів АСТ, макулопапульозний висип, нудота. **Заявник.** ТОВ «АРТЕРІУМ ЛТД». Україна, 01032, м. Київ, вул. Сакаганського, 139. **Виробник.** Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія. **Категорія відпуску.** За рецептом. РП UA/17849/01/01 від 27.12.2019 до 27.12.2024

* Інструкція для медичного застосування лікарського засобу 3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії.

** Перший зареєстрований в Україні лікарський засіб з діючою речовиною цефдінір, що з'явився для продажу в Україні станом на липень 2021 року. Згідно аналітичних даних компанії ТОВ «Проксіма Рісчерч Інтернешнл» від 14 вересня 2021 року.

*** 3-ДІНІР порошок для оральної суспензії.

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в інструкціях для медичного застосування лікарських засобів 3-Дінір капсули, 3-Дінір порошок для оральної суспензії. Інформація призначена виключно для розміщення у виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, а також у матеріалах, що розповсюджуються на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 03.10.2024 р.

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей
ARTERIUM

Йодомарин®

калію йодид



ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ДЕФІЦИТУ ЙОДУ:

- у період вагітності ^{1,2}
- у період годування груддю ^{1,2}
- у дорослих та дітей ^{1,2}

Інформація про безрецептурні лікарські засоби для спеціалістів охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарських засобів ЙОДОМАРИН® 100 (JODOMARIN® 100), ЙОДОМАРИН® 200 (JODOMARIN® 200)

Склад: 1 таблетка 100 містить калію йодиду 131 мкг, що відповідає йодиду 100 мкг, або 1 таблетка 200 містить калію йодиду 262 мкг, що відповідає 200 мкг йодиду; допоміжні речовини: лактози моногідрат, магнію карбонат основний легкий, желатин, натрію крохмальгліколят (тип А), кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Лікарські засоби для лікування захворювань щитоподібної залози. Тиреоїдні лікарські засоби. Лікарські засоби йоду. Код АТХ Н03С А. **Показання.** Профілактика розвитку дефіциту йоду, у тому числі у період вагітності або годування груддю. Профілактика рецидиву йододефіцитного зоба після хірургічного лікування, а також після завершення комплексного лікування лікарськими засобами гормонів щитоподібної залози. Лікування дифузного еутиреоїдного йододефіцитного зоба у дітей, у тому числі у новонароджених і немовлят, та дорослих осіб молодого віку. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якого з допоміжних компонентів лікарського засобу. Виражений гіпертиреоз. У разі латентного гіпертиреозу протипоказано застосовувати лікарський засіб у дозах, що перевищують 150 мкг йоду на добу. У разі автономної аденоми, а також фокальних та дифузних автономних вузликів щитоподібної залози протипоказано застосовувати лікарський засіб у дозі від 300 до 1000 мкг йоду на добу (за винятком передопераційної йодотерапії з метою блокади щитоподібної залози за Пламером). Туберкульоз легень. Геморагічний діатез. Герпетиформний дерматит Дюринга (синдром Дюринга-Брока). **Побічні реакції.** При профілактичному застосуванні йодиду у будь-якому віці, а також при терапевтичному застосуванні у немовлят та дітей небажаних ефектів, як правило, не спостерігається. Проте при наявності великих вузликів автономії щитоподібної залози і при призначенні йоду у добових дозах, що перевищують 150 мкг, повністю виключити появу вираженого гіпертиреозу неможливо. З боку імунної системи: реакції гіперчутливості (такі, наприклад, як риніт, спричинений йодом, бульозна або туберозна йододерма, ексофліативний дерматит, ангіоневротичний набряк, гарячка, акне і припухлість слинних залоз). Повний перелік побічних реакцій з боку імунної, ендокринної системи та інші знаходяться в інструкції для медичного застосування лікарських засобів Йодомарин® 100/Йодомарин® 200. **Спосіб застосування.** Таблетки приймати після їди та запивати достатньою кількістю рідини, наприклад, склянкою води. Немовлятам та дітям до 3-х років лікарський засіб можна давати у подрібненому вигляді. **Категорія відпуску.** Без рецепта.

Виробник. BERLIN-CHEMIE AG, Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина.

Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарських засобів ЙОДОМАРИН® 100 від 30.11.2018 р. № 2237, РП № UA/0156/01/01, ЙОДОМАРИН® 200 від 06.03.2018 р. № 450, РП № UA/0156/01/02, а саме з повним переліком протипоказань, побічних реакцій та особливостей застосування.

*За результатами роздільного аудиту Sale Out Системи дослідження фармацевтичного ринку «Pharmxplore», продажі брендів з урахуванням маркетингової організації за 2023 рік включно серед препаратів, які відносяться до АТС код (3) Н03С ПРЕПАРАТИ ЙОДУ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ в Україні, в натуральному вираженні (упаковки) та в грошовому вираженні (тис.грн.). Згідно з «База даних «Pharmxplore» ©ТОВ «Проксіма Рісерч» 2009-2024». Доступні за посиланням: <https://pharmxplore.com.ua/>

UA-Jod-02-2024-V1-Press. Останній перегляд 26.01.2024.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЙОДОМАРИН® 100 від 30.11.2018 р. № 2237, РП № UA/0156/01/01.

2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЙОДОМАРИН® 200 від 06.03.2018 р. № 450, РП № UA/0156/01/02.

Представництво «БЕРЛІН-ХЕМІ/А. МЕНАРИНІ УКРАЇНА ГмБХ»
Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: +38 (044) 494-33-88.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



Йододефіцит та захворювання щитоподібної залози в педіатричній практиці

Йододефіцит залишається глобальною проблемою охорони здоров'я, що, за даними ВООЗ, зачіпає близько 2 мільярдів людей у світі включно зі значною кількістю дітей. Недостатнє надходження йоду в організм дитини може призвести до серйозних порушень функції щитоподібної залози, що також негативно впливає на фізичний та когнітивний розвиток. В межах VI конгресу Української академії педіатричних спеціальностей PRIME PEDIATRICS 2024 Марина Євгенівна Маменко, доктор медичних наук, професор, декан педіатричного факультету Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (м. Київ), голова правління Української академії педіатричних спеціальностей, представила доповідь, в якій висвітлила ключові аспекти проблеми йододефіциту та пов'язаних з ним захворювань щитоподібної залози.



М.Є. Маменко

Щитоподібна залоза відіграє ключову роль у функціонуванні ендокринної системи організму, посідаючи високу позицію в ієрархії ендокринних органів після гіпоталамуса та гіпофіза. Її функція впливає на діяльність інших ендокринних органів та систем організму загалом. Це пояснюється наявністю рецепторів до тиреоїдних гормонів у кожній клітині, оскільки ці гормони регулюють всі види обміну енергії та речовин.

Основними тиреоїдними гормонами є трийодтиронін (Т3) та тироксин (Т4). Незважаючи на те що Т3 містить на один атом йоду менше, він є більш активним гормоном. Щитоподібна залоза переважно продукує Т4, який потім перетворюється на Т3 в тканинах шляхом дейодинації. Під час оцінки функції щитоподібної залози зазвичай використовують рівень Т4, оскільки він безпосередньо відображає активність самої залози.

Йод є есенціальним мікроелементом, критично важливим для синтезу тиреоїдних гормонів. Більше половини молекулярної маси цих гормонів становить саме йод. Найголовнішою функцією цього мікроелемента є участь у тиреоїдному гормоногенезі, що підкреслює його виняткове значення для життєдіяльності.

Добова потреба в йоді варіюється залежно від віку та фізіологічного стану. Для дітей до п'яти років вона становить 90 мкг, для дітей молодшого шкільного віку – 120 мкг, для дорослих та дітей старших 12 років – 150 мкг. Особливо високою є потреба у вагітних жінок та жінок, які годують груддю, – 250 мкг на добу, що пов'язано з необхідністю забезпечення плода або немовляти додатковою кількістю йоду.

Важливо зазначити, що потреба в йоді на одиницю маси тіла є найвищою саме в ранньому дитинстві. Це пояснюється інтенсивним обміном речовин та енергії в цей період, а також критичною роллю тиреоїдних гормонів у розвитку центральної нервової системи. До двох років життя дитини тиреоїдні гормони впливають не лише на функціонування, але й на формування структур мозку включно з мієлінізацією нервових волокон та розгалуженням дендритів. Ці процеси закладають основу для подальшого когнітивного розвитку та формування інтелекту дитини.

Основними джерелами йоду в харчуванні є морепродукти, особливо морська риба та креветки. Водорості також містять значну кількість йоду, але їхнє споживання може бути ризикованим через можливість надмірного надходження мікроелемента. Молоко та молочні продукти – гарне джерело йоду, але це залежить від його вмісту в кормах для тварин. Рослинні продукти та м'ясо наземних тварин зазвичай містять недостатню кількість йоду для забезпечення добової потреби.

Особливу увагу слід приділити вмісту йоду в грудному молоці. Згідно з дослідженнями, за умови недостатнього надходження йоду з їжею концентрація цього мікроелемента в грудному молоці може бути втричі нижчою, ніж у адаптованих молочних сумішах. Це свідчить про важливість адекватного споживання йоду жінками під час вагітності та лактації.

Враховуючи, що в раціоні більшості населення України переважають продукти рослинного та тваринного

походження з низьким вмістом йоду, існує ризик розвитку йододефіцитних захворювань. Хоча деякі люди генетично здатні компенсувати недостатнє надходження йоду, для більшості населення залишається актуальним питання профілактики йододефіциту, особливо в контексті педіатричної практики й охорони здоров'я матері і дитини.

Йододефіцит як основна причина патології щитоподібної залози у дітей

Йододефіцит залишається провідною причиною патології щитоподібної залози у дітей в багатьох регіонах світу включно з Україною. За умови недостатнього надходження йоду щитоподібна залоза активує компенсаторні механізми для забезпечення адекватного синтезу тиреоїдних гормонів. Ці механізми включають збільшення об'єму щитоподібної залози (формування зобу), інтенсифікацію кровообігу в залозі, підвищення захоплення йоду з крові та збільшення розмірів фолікулів. Такі зміни є адаптивними, але згодом можуть призвести до патологічних станів.

Формування йододефіцитного зобу є початковою компенсаторною реакцією. Однак тривалий йододефіцит призводить до декомпенсації та може спричинити формування вузлового зобу. Збільшені фолікули стають джерелом утворення вузликів. За умови своєчасної корекції йододефіциту невеликі вузлики без капсули можуть регресувати, що пов'язано з нормалізацією розмірів фолікулів.

Основними клінічними проявами йододефіциту у дітей є зоб, гіпотиреоз, затримка фізичного та психомоторного розвитку, а також когнітивні порушення.

Зоб може бути помітним візуально або виявлятися під час пальпації. Гіпотиреоз проявляється сповільненням росту, набором ваги, сухістю шкіри, закрепами та зниженням когнітивних функцій. Затримка фізичного та психомоторного розвитку може бути різного ступеня вираженості – від легких форм до важкого кретинізму за умови важкого йододефіциту. Когнітивні порушення можуть варіювати від легких труднощів у навчанні до значного зниження інтелекту.

Інші наслідки йододефіциту, такі як невиношування вагітності та вроджені аномалії, є вторинними щодо патології щитоподібної залози. Важливо зазначити, що навіть йод-індукований тиреотоксикоз є наслідком попереднього йододефіциту, коли щитоподібна залоза формує функціональну автономію і перестає адекватно реагувати на регуляторні сигнали.

У педіатричній практиці важливо розуміти, що зоб є синдромальним діагнозом, який описує збільшення щитоподібної залози. Гіпотиреоз також є синдромом, що характеризує зниження функції залози. Основними причинами гіпотиреозу в дітей, крім йододефіциту, є аномалії розвитку залози й автоімунні захворювання (зокрема тиреоїдит Хашимото та хвороба Грейвса). За даними, в країнах із достатнім йодним забезпеченням провідне місце посідають автоімунні захворювання, зокрема автоімунний тиреоїдит. Однак в Україні, за офіційною статистикою, до 97% тиреоїдної патології у дітей становить дифузний нетоксичний зоб, пов'язаний із йододефіцитом.

Клінічна картина та діагностика патології щитоподібної залози у дітей

Клінічні прояви патології щитоподібної залози у дітей часто неспецифічні і можуть розвиватися поступово, що ускладнює своєчасну діагностику. При гіпотиреозі спостерігаються уповільнення росту, надмірний набір маси тіла, сповільнення ментальних функцій, зниження фізичної активності, сухість шкіри, ламкість волосся, закрепи та зниження успішності в школі. Ці симптоми можуть бути помилково витлумачені як інші захворювання або вікові особливості, тому важливо проводити скринінг функції щитоподібної залози у дітей із групи ризику.

Гіпертиреоз у дітей трапляється рідше і характеризується прискоренням росту, втратою маси тіла, підвищеною збудливістю, тахікардією, тремором та екзофтальмом при хворобі Грейвса. Ці симптоми часто більш виражені та швидше привертають увагу батьків і лікарів, що сприяє більш ранній діагностиці.

Діагностика патології щитоподібної залози у дітей включає клінічний огляд, пальпацію, ультразвукове дослідження та лабораторну оцінку функції залози. Під час пальпації оцінюють розмір залози відносно дистальної фаланги великого пальця дитини. Це простий, але ефективний метод скринінгу, який може виконувати педіатр під час рутинного огляду. УЗД дає змогу оцінити об'єм, структуру й ехогенність тканини залози, виявити вузлові утворення та зміни, характерні для автоімунних процесів.

Лабораторна діагностика включає визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) та вільного Т4. Підвищення ТТГ при нормальному рівні Т4 свідчить про субклінічний гіпотиреоз, тоді як підвищення ТТГ зі зниженням Т4 вказує на явний гіпотиреоз. У разі підозри на автоімунну патологію щитоподібної залози проводять визначення антитіл до тиреопероксидази, мікросомальної фракції та тиреоглобуліну. Під час інтерпретації результатів слід орієнтуватися на референсні значення для дорослих, оскільки вони відображають оптимальний тиреоїдний статус для забезпечення нормального росту та розвитку дитини.

Лікування патології щитоподібної залози у дітей

Лікування дифузного нетоксичного зобу та субклінічного гіпотиреозу у дітей базується на нормалізації дієти та використанні препаратів йоду. Калію йодид (Йодомарин®, виробник «Берлін-Хемі АГ») є основою лікування і призначається щонайменше на шість місяців. Дозування залежить від віку дитини та ступеня йододефіциту:

- діти раннього та дошкільного віку: 50-100 мкг/добу;
- діти молодшого шкільного віку (6-12 років): 100 мкг/добу;
- старші 12 років і підлітки: 200 мкг/добу.

Отже, патологія щитоподібної залози у дітей залишається актуальною проблемою педіатрії, особливо в регіонах із йододефіцитом. Своєчасна діагностика й корекція йододефіциту, а також виявлення інших форм тиреоїдної патології сприяють запобіганню серйозних порушень росту та розвитку дитини. Комплексний підхід до профілактики, діагностики та лікування захворювань щитоподібної залози у дітей потребує співпраці педіатрів, ендокринологів та інших фахівців, а також активної участі батьків у забезпеченні адекватного йодного статусу дитини.

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Педіатрія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України
- О.Я. Бабак**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцківський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, професор кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, ректор Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- С.І. Герасименко**, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.І. Горпинченко**, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології
- Д.І. Заболотний**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віцепрезидент НАМН України, директор Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України
- Д.Д. Іванов**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- В.М. Коваленко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віцепрезидент НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- В.В. Корпачов**, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Б.М. Маньковський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- Ю.В. Марушко**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.М. Мостовой**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин
- О.М. Пархоменко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- Н.В. Пасєчнікова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віцепрезидент НАМН України, директор Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Ю.І. Фещенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор Національного інституту фізіотерії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України
- Н.В. Харченко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цимбалюк**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України
- В.П. Черних**, д. фарм. н., д. хім. н., професор, член-кореспондент НАН України

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Педіатрія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво ТОВ «Рекламна агенція «Медичні видання»

ФІНАНСОВИЙ ДИРЕКТОР Тетяна Черкасова
ШЕФ-РЕДАКТОР Анна Хиць

Ідентифікатор медіа R30-03348
Передплатний індекс 37638

Адреса для листів

Вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.

Редакція a.khyts@health-ua.com
Відділ маркетингу chaplyzhenko@health-ua.com
Відділ передплати
та розповсюдження podpiska@health-ua.com

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Газету віддруковано: ТОВ «ПРИНТ ІНК»
Офіс 1, вул. Зодчих, 50-А, м. Київ, 03162.
Підписано до друку: жовтень 2024 р.
Замовлення № 0382.
Загальний наклад 12 750 прим.
Юридично підтверджений наклад.

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Педіатрія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.

АНОНС



Онлайн/офлайн: м. Київ, Ramada Encore Kyiv

- Прекурс із відеоонкохірургії.
- Лікування сарком.
- Променева і молекулярна діагностики в онкології.
- Ендоскопічна онкологія.
- Онкогінекологія.
- Онкокардіологія.
- Дитяча онкологія та гематологія.
- Лікування болю та терапія підтримки.
- Онкорєабілітація.
- Онкопсихологія.
- Простір молодих онкологів.
- Медсестринство в онкології.
- Паліативна допомога онкологічним пацієнтам тощо.

Детальна інформація і контакти на сайті <https://oncohub-uptodate.com/>

АНОНС

Перший Національний форум за міжнародної участі

«Жінки в медицині:
професійний ріст та лідерство»

15-16 листопада 2024 р., м. Львів

- Гендерна рівність в медицині.
- Реформи у сфері медичної освіти та охорони здоров'я.
- Розвиток лідерських якостей, управлінських компетенцій та особистісного зростання медиків та медичкинь.
- Досвід і перспектива в бойових медичкинь.
- Що таке медицина, заснована на свідченнях, і навіщо вона.
- Як проводити наукові дослідження, писати абстракти, CV та мотиваційні листи.

Мета форуму – об'єднати медичну спільноту, актуалізувати питання гендерної рівності в медицині, надати інструменти для змін, професійного росту й особистісного розвитку. На одному майданчику зберуться міжнародні та вітчизняні експертки/-и в галузі охорони здоров'я, лікарки/-і, науковці/-иці, лідерки/-и думок, представниці/-ки бізнесу, уряду, пацієнтських та громадських організацій.

Заплановані живі дискусії та майстеркласи, презентації наукових досліджень, а також неформальний нетворкінг під час фуршету.

Подію організовує міжнародна громадська організація Global Medical Knowledge Alliance Ukraine.

Зареєструватися у список PRIORITY можна за посиланням: <https://wlm.com.ua>

Більше про програму, спікерів та деталі форуму – в соцмережах gmka_org та surgfem_ua.

З М І С Т

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Йододефіцит та захворювання щитоподібної залози в педіатричній практиці	
М.С. Маменко.	3
Дисфункції кишечника у дітей: сучасні погляди та терапевтичні стратегії	
О.Г. Шадрін, О.Ю. Белоусова.	6
Гострий риносинусит	
Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги	22-25

ПЕДІАТРІЯ

Сучасні рішення для точного дозування антибактеріальних суспензій у педіатричній практиці	7
Повідон-йод у лікуванні піодермії у дітей: сучасний погляд на класичний антисептик	11
XXVI Сідельниковські читання: педіатрія України в умовах сучасності	
Ю.Г. Антипкін, О.П. Волосовець, О.В. Виговська та ін.	12-13
Карієс тимчасових зубів	
Стандарт медичної допомоги	14-15
Сучасні стратегії менеджменту респіраторних та вірусних захворювань у педіатричній практиці	
За матеріалами XXVI Сідельниковських читань	
І.О. Мітюряєва-Корнійко, О.К. Колоскова, А.Л. Косаковський та ін.	16-17
Актуальні аспекти ведення дітей зі шкірними проявами харчової гіперчутливості	
О.В. Шарікадзе	21

РІДКІСНІ ХВОРОБИ

Спадковий ангіоневротичний набряк у диференційній діагностиці ідіопатичного рецидивуючого абдомінального болю	19
--	----

НЕОНАТОЛОГІЯ

Неонатальні інфекції: антибіотики для профілактики та лікування	
Рекомендації NICE	8-9

АКТУАЛЬНО

**Американська академія педіатрії опублікувала
рекомендації щодо призначення опіоїдів**

Американська академія педіатрії (AAP) опублікувала свою першу клінічну настанову для педіатрів щодо призначення опіоїдів. Рекомендації містять чіткі інструкції, як і коли призначати ці препарати без ризиків виникнення залежності.

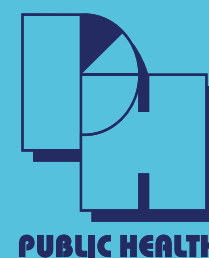
«Керівництво із клінічної практики: призначення опіоїдів для лікування гострого болю в дітей і підлітків в амбулаторних умовах» знаменує зміну в клінічній практиці, адже спеціалісти також рекомендують виписувати рутинний рецепт на налоксон – препарат, який використовується для усунення передозування опіоїдами, – разом із кожним рецептом на опіоїди. Рекомендації та супровідний технічний звіт опубліковані в Pediatrics online 30 вересня під час Національної конференції та виставки Американської академії педіатрії 2024 р. в Орlando, штат Флорида.

Рекомендації із клінічної практики, створені AAP, написані медичними експертами. Вони відображають останні дані в цій галузі та проходять кілька етапів експертної оцінки, перш ніж бути затвердженими Радою директорів AAP і опублікованими в журналі Pediatrics. «Протягом останніх двох десятиліть у медичній практиці відбувся чималий маятниковий розмах – спочатку надмірне призначення опіоїдів, потім значне скорочення призначення ліків, що, імовірно, сприяло недостатньому знеболенню в деяких дітей», – зазначив Скотт Гедленд, доктор медичних наук, головний автор настанови.

Клінічна настанова містить 12 ключових рекомендацій, заснованих на доказах рандомізованих контрольованих досліджень. Наведемо основні.

1. Педіатри можуть і повинні призначати опіоїди. Однак лікарі мають робити це в поєднанні з іншими нефармакологічними підходами, такими як фізіотерапія, щоби зменшити біль і покращити функціональні можливості хворих пацієнтів. Їх також слід призначати разом з іншими неопіоїдними препаратами, наприклад, ацетамінофеном (парацетамолом) та ібупрофеном.
2. Кожен рецепт на опіоїди також має містити рецепт на налоксон, препарат від передозування. Це важливо для лікування від передозування будь-кого, хто приймає занадто багато опіоїдних засобів, – не тільки дитини, якій призначені ліки, але й інших членів сім'ї.
3. Пацієнтам і особам, які за ними доглядають, слід надати навчальні матеріали щодо лікування болю, безпечного зберігання та правильної утилізації ліків. Їх також слід навчати, як розпізнавати ознаки передозування опіоїдами та правильно надавати першу допомогу.
4. AAP окреслює кілька обмежень щодо призначення кодеїну та трамадолу, які схвалені FDA лише для використання дорослими. Їх не слід призначати дітям, молодшим 12 років; пацієнтам віком 12-18 років із певними хронічними захворюваннями; пацієнтам, молодшим 18 років, після тонзилектомії або аденоїдектомії; пацієнткам, які годують грудьми.

Джерело: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/doi/10.1542/peds.2024-068752/199482/Opioid-Prescribing-for-Acute-Pain-Management-in?searchresult=1>

33-я Міжнародна медична виставка
Public Health**2-4 ЖОВТНЯ 2024**

Київ, Міжнародний Виставковий Центр (М) Лівобережна



Міжнародна спеціалізована виставка лабораторного обладнання та інноваційних технологій



Міжнародна виставка стоматологічного обладнання та матеріалів І серія науково-практичних та бізнес-заходів



Міжнародна виставка та конференція медичного туризму

Організатор:

Тел: +38 (044) 496 86 45
E-mail: ph@pe.com.uaБезкоштовний квиток на сайті
www.publichealth.com.uaВаш промокод
HUA24

Дисфункції кишечника у дітей: сучасні погляди та терапевтичні стратегії

Гастроінтестинальні розлади є одними з найпоширеніших проблем у педіатричній практиці. Серед них особливе місце посідають діарея та закрепи, які не тільки погіршують якість життя дітей, але й можуть призводити до серйозних ускладнень. В межах науково-практичної конференції «Сучасні гайдлайни в педіатричній практиці», яка відбулася 16 жовтня, провідні експерти галузі педіатрії розповіли про сучасні підходи до менеджменту пацієнтів педіатричного профілю з гастроентерологічними проблемами.



Тему менеджменту дітей із хронічною діареєю у своїй доповіді розглянув заслужений діяч науки і техніки України, завідувач відділення проблем харчування та соматичних захворювань у дітей раннього віку ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», доктор медичних наук, професор Олег Геннадійович Шадрін.

Хронічна діарея залишається актуальною проблемою в педіатрії, особливо серед дітей дошкільного та раннього віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 19% випадків гострої діареї переходять у хронічну форму. Поширеність хронічної діареї у світі становить від 3% до 19%, що є надзвичайно високим показником. Це захворювання є основною причиною затримки фізичного розвитку та дистрофії у дітей, а також негативно впливає на імунітет, мікрофлору та бар'єрну функцію кишечника.

Етіологія хронічної діареї різноманітна і налічує понад 70 різних захворювань. Однак для лікаря-практика найбільше значення мають причини, які становлять понад 90% всіх випадків. У дітей раннього віку це переважно синдром мальабсорбції після перенесеного гастроентериту, непереносимість білка коров'ячого молока або сої, вторинна недостатність дисахаридаз (переважно непереносимість лактози), муковісцидоз та целиакія. У дітей старшого віку частіше трапляються функціональна діарея, дисахаридозна недостатність, лямбліоз та синдром мальабсорбції після перенесеного гастроентериту. У підлітків на перший план виходять синдром подразненого кишечника та лямбліоз.

Фактори ризику хронізації діареї у дітей включають низьку вагу при народженні, дефіцит цинку та вітаміну А, перенесені вірусні або бактеріальні інфекції протягом першого місяця життя. Крім того, надмірне вживання газованих напоїв і фруктових соків, непереносимість лактози та алергія на білок коров'ячого молока також можуть сприяти розвитку хронічної діареї.

Діагностика хронічної діареї відбувається в два етапи. На достационарному етапі здійснюють збір анамнезу, фізикальне обстеження, капрограму (визначення рН, лейкоцитів, жирів, гельмінтів), посіви калу на інфекції (особливу увагу приділяють *Clostridium difficile*) та загальний аналіз крові. Якщо на цьому етапі діагноз не встановлено, переходять до стаціонарного або поліклінічного етапу.

На другому етапі проводять виключення целиакії (визначення антитіл до тканинної трансглутамінази), муковісцидозу (визначення хлоридів поту), визначення панкреатичної еластази. Дітям старшого віку може бути проведений дихальний тест на лактазну недостатність. За необхідності вдаються до ендоскопічного дослідження із біопсією.

Патогенез хронічної діареї, незалежно від етіології, включає постійне пошкодження слизової оболонки кишечника. Це призводить до запалення, підвищення проникності слизової оболонки, порушення мікробіоти, місцевого дефіциту секреторного імуноглобуліну А та недостатності харчування. Ці фактори формують зачароване коло, яке підтримує хронічний перебіг захворювання.

Лікування хронічної діареї є комплексним і включає декілька напрямків. Основою терапії є елімінаційні дієти, які дають змогу виключити з раціону продукти, що

провокують діарею. Паралельно проводиться корекція метаболічних зрушень, яка може варіювати від парентерального харчування до часткового ентерального харчування. Важливим компонентом лікування є призначення ферментних препаратів, засобів для нормалізації мікрофлори та антидіарейних засобів.

Отже, діарея залишається важливою проблемою в педіатрії, але своєчасна діагностика та комплексний підхід до лікування сприяють ефективній допомозі пацієнтам та покращенню якості їхнього життя. Розуміння етіології, правильна діагностика та вибір оптимальної терапевтичної стратегії є ключовими факторами успішного ведення пацієнтів із хронічною діареєю.



Зв'язок закрепів та стану шкіри у дітей у своїй доповіді розглянула завідувачка кафедри педіатрії № 3 і неонатології Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Ольга Юрївна Белоусова.

У сучасній медицині питання взаємозв'язку між станом шлунково-кишкового тракту та шкіри залишається дискусійним. Особливу увагу привертає потенційний зв'язок між закрепами та проблемами зі шкірою, зокрема у педіатричній практиці. Ця тема викликає значний інтерес і серед лікарів, і серед пацієнтів, оскільки обидва стани часто трапляються у дітей і можуть суттєво впливати на якість їхнього життя.

Історично теорія «аутоінтоксикації» стверджувала, що затримка вмісту в кишечнику може призводити до отруєння організму. Ця концепція, популярна на початку ХХ століття, припускала, що токсини, які виділяються кишковою мікрофлорою, можуть всмоктуватися в кров через надмірно проникну стінку кишечника, викликаючи різноманітні патології. Такий підхід призвів до широкого застосування різноманітних методів «очищення» організму, які вважали панацеєю від багатьох захворювань включно із шкірними проблемами.

Однак ця теорія не отримала наукового підтвердження і була спростована сучасними дослідженнями. З розвитком доказової медицини стало зрозуміло, що механізми взаємодії між кишечником та шкірою набагато складніші і їх не можна пояснити простою моделлю «аутоінтоксикації». Це призвело до переоцінки багатьох усталених медичних практик та пошуку нових, науково обґрунтованих підходів до лікування.

Сучасна гастроентерологія спростовує концепцію «дірявого кишечника» як наукового факту. Здорова кишкова стінка є непроникною для нерозщеплених білків, і лише незначна частина (менше 2%) може всмоктуватися у незміненому вигляді. Це фундаментальне розуміння фізіології кишечника ставить під сумнів багато популярних теорій про вплив закрепів на загальний стан здоров'я та, зокрема, на стан шкіри.

Національні медичні асоціації різних країн включно із Канадою та Великобританією не визнають синдром «дірявого кишечника» як достовірний діагноз. Ця позиція базується на відсутності переконливих наукових доказів і підкреслює важливість критичного підходу до оцінки медичних теорій та практик. Такий консенсус серед провідних медичних установ світу має значний вплив на клінічну практику та напрямки подальших досліджень.

З погляду дерматології, доказова медицина також не підтверджує прямого зв'язку між закрепами та станом

шкіри. Огляди літератури, проведені R. Wolf et al. (2004) та L. Cordain (2005), не виявили переконливих доказів впливу закрепів на розвиток акне. Ці дослідження стали важливим кроком у переоцінці традиційних уявлень про причини шкірних проблем і спонукали до пошуку інших факторів, які можуть впливати на стан шкіри.

Гайдлайн Американської академії дерматології (AAD) 2016 р. з лікування акне також не підтверджує впливу частоти дефекації на ймовірність загострення акне. Цей документ, який є результатом аналізу найсучасніших досліджень, став ключовим у формуванні сучасних підходів до лікування акне. Він підкреслює необхідність фокусуватися на доведених методах лікування, а не на гіпотетичних зв'язках між різними системами організму.

Однак нові дослідження вказують на можливий непрямої зв'язок між закрепами та деякими шкірними проблемами. Японське дослідження Y. Takano et al. (2023) виявило, що закреп у однорічному віці може бути пов'язаний з дещо вищим ризиком розвитку atopічного дерматиту до трирічного віку. Це відкриття засвідчує складність взаємозв'язків у організмі та необхідність більш глибокого вивчення ранніх факторів, які можуть впливати на розвиток шкірних захворювань.

Крім того, з'являються дані про зв'язок між материнським закрепом під час вагітності та підвищеним ризиком atopічного дерматиту у потомства. Ці результати вказують на важливість розгляду не лише поточного стану пацієнта, але й факторів, які могли вплинути на його здоров'я ще до народження. Такий підхід відкриває нові перспективи для профілактики шкірних захворювань, починаючи із пренатального періоду.

Особливу увагу слід приділити ролі мікробіому кишечника. Сучасні дослідження демонструють, що зміни в мікробіоті можуть впливати на розвиток різних захворювань включно з алергіями, ожирінням, синдромом подразненого кишечника, діабетом першого типу та аутизмом. Це розуміння призвело до переосмислення ролі кишкової мікрофлори у загальному стані здоров'я і відкрило нові напрямки для досліджень та терапевтичних підходів.

Стан мікробіому також може впливати на моторну активність кишечника і стан шкіри. Ця концепція осі «кишечник – шкіра» стає все більш важливою в розумінні комплексних взаємозв'язків між різними системами організму. Вона пропонує новий погляд, як порушення в одній системі можуть відобразитися на функціонуванні іншої.

Дослідження S.E. Kim et al. (2015), яке використовувало метод секвенування 16S рРНК, виявило значні зміни в мікробному складі кишечника у підлітків із функціональним закрепом. Ці дані підтверджують зв'язок між порушеннями мікробіоти та розвитком функціонального закрепу. Вони також вказують на потенційний механізм, через який проблеми з кишечником можуть впливати на інші аспекти здоров'я включно із станом шкіри.

У лікуванні закрепів у дітей сучасні рекомендації, зокрема від ESPGHAN, віддають перевагу осмотичним проносним засобам. Цей підхід базується на розумінні фізіології кишечника та механізмів дії різних лікарських засобів. Він спрямований на безпечне та ефективне вирішення проблеми закрепів без ризику розвитку залежності або інших побічних ефектів.

Отже, незважаючи на відсутність остаточних доказів прямого зв'язку між закрепами та станом шкіри, важливість лікування закрепів залишається беззаперечною. Закрепи можуть впливати на розвиток різних захворювань, вони потенційно пов'язані з погіршенням стану шкіри через зміни в мікробіомі кишечника. Це розуміння підкреслює необхідність комплексного підходу до здоров'я пацієнта, де проблеми з кишечником розглядаються не ізольовано, а в контексті загального стану організму.

Підготувала **Олена Речмедіна**



Сучасні рішення для точного дозування антибактеріальних суспензій у педіатричній практиці

Точне дозування антибіотиків у педіатрії є критично важливим для ефективного та безпечного лікування. Унікальні фізіологічні особливості дітей підвищують ризик медикаментозних помилок, що може призвести до неефективності терапії або розвитку антибіотикорезистентності. Дослідження показують, що використання спеціальних дозувальних пристроїв, особливо шприців-дозаторів, значно підвищує точність введення ліків. У цій статті розглядаються актуальні проблеми дозування антибактеріальних препаратів у педіатрії та сучасні підходи до забезпечення точності й безпеки антибіотикотерапії у дітей.

Фармакокінетика багатьох лікарських засобів, що застосовуються в педіатрії, суттєво відрізняється від препаратів для дорослих осіб через відмінності у процесах абсорбції, розподілу, метаболізму та екскреції, які змінюються протягом росту та розвитку дитини [1]. Ці особливості потребують напруженого ретельного підходу до розрахунку доз для педіатричних пацієнтів. Згідно з даними сучасних досліджень, частота медикаментозних помилок у дітей може бути до трьох разів вищою, ніж у дорослих пацієнтів [2]. Це пов'язано з необхідністю розрахунку доз на основі ваги тіла, віку та інших індивідуальних факторів, що збільшує ризик помилок під час призначення та введення ліків [3, 4].

Рідкі лікарські форми часто є пріоритетними у педіатричній практиці, оскільки забезпечують більшу гнучкість дозування та їх легше ковтають маленькі пацієнти [5]. Однак застосування рідких форм має свої особливості та потенційні ризики. Ключовими аспектами є точність вимірювання, концентрація препарату, наявність допоміжних речовин та смакові якості.

Першорядне значення має точність вимірювання дози препарату. Згідно з дослідженнями, використання побутових ложок для дозування може призвести до значних помилок, тому рекомендоване застосування спеціальних мірних пристроїв, таких як шприц-дозатор [6, 7]. Іншим важливим фактором є концентрація препарату. Наявність різних концентрацій того самого лікарського засобу може спричинити плутанину та помилки дозування [5]. Особливу увагу слід приділяти наявності допоміжних речовин у рідких лікарських формах. Деякі з них, наприклад, етанол і бензиловий спирт, можуть бути потенційно небезпечними для дітей у певних концентраціях [6]. Смакові якості препаратів також важливі у педіатричній практиці. Неприємний смак може суттєво знизити комплаєнс пацієнта, особливо під час тривалого лікування [8, 9].

Особливої уваги в педіатричній практиці заслуговують антибіотичні суспензії, дозування яких пов'язане з низкою специфічних проблем. Неоднорідність суспензії може зумовити нерівномірний розподіл активної речовини, що потребує ретельного струшування перед кожним використанням. Складність розрахунку дози, яка часто базується на вазі дитини, збільшує ризик помилок. Варіабельність концентрацій антибіотиків від різних виробників також може призвести до плутанини при заміні препаратів.

Неправильне дозування антибіотиків може мати серйозні наслідки. Недостатня

доза здатна призвести до неефективності лікування, тоді як передозування – викликати токсичні ефекти включно з нефро-, ото- та гепатотоксичністю. Американська асоціація токсикологічних центрів (AAPCC) заявила, що більше половини запитів до токсикологічних центрів стосувалися дітей віком до п'яти років [10]. Дитяче передозування лікарських засобів є однією з головних проблем охорони здоров'я, яка спричинила небажані та неприйнятні педіатричні травми в усьому світі [11]. Крім того, надмірне призначення або використання неправильних доз сприяє розвитку резистентності до антибіотиків [13].

Аналіз пристроїв для дозування та їхній вплив на точність введення антибіотиків

Основними типами дозувальних пристроїв, що використовуються для введення рідких лікарських форм антибіотиків дітям, є шприци-дозатори, мірні ложки та мірні стаканчики. Крім того, в побуті часто використовують столові ложки для застосування лікарських засобів. Кожен із цих пристроїв має свої переваги та недоліки, що безпосередньо впливають на точність дозування та зручність використання [6, 7].

Мірні ложки, хоча і широко використовуються, мають суттєві обмеження щодо точності дозування. Це особливо небезпечно при дозуванні антибіотиків, де точність дози критично важлива для ефективності лікування та запобігання розвитку резистентності.

Мірні стаканчики посідають проміжне місце між шприцями-дозаторами та мірними ложками щодо точності дозування, проте поступаються першим. Вони можуть бути корисними для вимірювання більших об'ємів препарату, проте не забезпечують достатньої точності для малих доз.

Що стосується використання побутових ложок (столових або чайних) з метою дозування лікарських засобів, ця практика викликає серйозне занепокоєння серед медичних фахівців [14]. Хоча такий метод може здаватися зручним та доступним для батьків, він створює значні ризики для точності дозування, особливо в педіатричній практиці. По-перше, об'єм рідини, який вміщує побутова ложка, може суттєво варіюватися залежно від її дизайну та виробника. Дослідження свідчать, що об'єм чайної ложки може коливатися від 2 до 7 мл, а столової – від 10 до 15 мл [15]. Така варіабельність є неприпустимою для точного дозування ліків, особливо антибіотиків, де навіть незначні відхилення можуть вплинути на ефективність лікування та ризик розвитку резистентності.

На сьогоднішній день шприц-дозатор вважається найбільш точним методом вимірювання та введення рідких лікарських форм для дітей. Результати дослідження H.S. Yin et al. (2016) є ключовими для розуміння важливості вибору правильних дозувальних пристроїв для рідких лікарських форм у педіатричній практиці. Це рандомізоване контрольоване дослідження, проведене за участю 2 110 батьків дітей віком до восьми років, продемонструвало значущі відмінності у точності дозування під час використання різних інструментів [16].

Згідно з результатами дослідження, використання шприців-дозаторів призводить до суттєво меншої кількості помилок дозування порівняно з мірними чашками та побутовими ложками. Зокрема, використання шприців-дозаторів із мілілітровою шкалою забезпечувало найменшу кількість помилок. Ці пристрої дають змогу точно виміряти навіть малі об'єми препарату, що особливо важливо для новонароджених та немовлят. Така точність є критичною, оскільки навіть незначні відхилення в дозуванні можуть мати серйозні наслідки для маленьких пацієнтів через їхню низьку вагу та незрілість фізіологічних систем.

Дослідники виявили, що використання мірних чашок призводило до більшої кількості помилок порівняно зі шприцями. Це може бути пов'язано з труднощами точного зчитування рівня рідини в чашці, особливо під час вимірювання малих об'ємів. Крім того, використання чайних ложок як одиниці вимірювання також спричиняло збільшення кількості помилок порівняно з мілілітровою шкалою. Важливо зазначити, що дослідження H.S. Yin et al. (2016) не лише підтвердило переваги шприців-дозаторів, а й важливість стандартизації одиниць вимірювання. Використання мілілітрів замість побутових мір (таких як чайні ложки) значно підвищує точність дозування [16].

Отже, для вимірювання та введення рідких ліків дітям рекомендовано калібровані пристрої, проте шприц-дозатор вважається найбільш зручним і точним дозувальним пристроєм, оскільки має багато переваг: точність навіть для невеликих обсягів, його легко використовувати та чистити [17, 18]. У Європі шприц-дозатор – найбільш поширений аксесуар для дозування, наступна – мірна ложка [19-21]. Однак кілька досліджень показали, що вона не гарантує отримання бажаної дози [22-23].

На фармацевтичному ринку України представлений цефалоспорин III покоління – цефдінір, що випускається

під торговою назвою 3-Дінір (корпорація «Артеріум»). Особливу увагу слід приділити педіатричній формі препарату – порошку для приготування оральної суспензії, який призначений для застосування у дітей віком від шести місяців до 12 років.

Оральна суспензія 3-Дінір розроблена з урахуванням особливостей педіатричної популяції та відповідає сучасним вимогам до дитячих лікарських форм. Режим дозування передбачає одно- або двократний прийом протягом доби під час лікування відповідних інфекцій, що забезпечує оптимальну фармакокінетику препарату в організмі дитини. Важливою перевагою зазначеної лікарської форми є можливість її прийому незалежно від вживання їжі, що суттєво підвищує зручність застосування та комплаєнс у педіатричних пацієнтів. Також суспензія 3-Дінір має привабливий смак, що особливо актуально для дітей молодшого віку, у яких часто виникають труднощі з прийомом ліків.

Важливим аспектом є наявність спеціально розробленого і відкаліброваного шприца-дозатора, що постачається разом із препаратом. Це значний крок уперед у забезпеченні точності дозування рідких форм антибіотиків. Такий підхід демонструє відповідальність виробника щодо безпеки пацієнтів та ефективності лікування.

Отже, точність дозування антибіотиків у педіатричній практиці залишається складним завданням, яке потребує комплексного вирішення. Включення спеціально розробленого і відкаліброваного шприца-дозатора до комплексу з препаратом суттєво підвищує безпеку та ефективність антибіотикотерапії в педіатричній практиці. Це не лише забезпечує точність дозування, але й демонструє комплексний підхід виробника до забезпечення якості лікування.

Література

- O'Hara K. (2016) Paediatric pharmacokinetics and drug doses. Aust Prescr. Dec 39(6): 208-210. doi: 10.18773/austprescr.2016.071
- Brennan-Bourdon L.M., Vázquez-Alvarez A.O., Gallegos-Llamas J. et al. (2020) A study of medication errors during the prescription stage in the pediatric critical care services of a secondary-tertiary level public hospital. BMC Pediatr. Dec 5; 20(1): 549. doi: 10.1186/s12887-020-02442-w
- Wong I.C., Ghaleb M.A., Franklin B.D. et al. (2004) Incidence and nature of dosing errors in paediatric medications: a systematic review. Drug Saf. 2004 27(9): 661-70. doi: 10.2165/00002018-200427090-00004
- Kaushal R., Barker K.N., Bates D.W. (2001) How can information technology improve patient safety and reduce medication errors in children's health care? Arch Pediatr Adolesc Med. 2001 Sep 155(9): 1002-7. doi: 10.1001/archpedi.155.9.1002
- Smith L., Leggett C., Borg C. (2022) Administration of medicines to children: a practical guide. Aust Prescr. Dec 45(6): 188-192. doi: 10.18773/austprescr.2022.0676. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-023-05293-6>
- Neves I., Proença L., Auxtero M.D. (2019) Reproducibility and accuracy of measurement of oral liquid pharmaceutical forms, using a dosing spoon. Ann Med. May 28; 51(Suppl 1): 86. doi: 10.1080/07853890.2018.1561800.

Повний список літератури є в редакції.

Підготувала **Олена Речмедіна**

NICE

National Institute
for Health and
Care Excellence

Неонатальні інфекції: антибіотики для профілактики та лікування

Рекомендації NICE

Ці настанови надають роз'яснення щодо попередження бактеріальних інфекцій у здорових дітей віком до 28 днів, лікування вагітних жінок із групи ризику та догляду за новонародженими із підтвердженою бактеріальною інфекцією чи підозрою на її виникнення. Вони спрямовані на швидку діагностику і лікування інфекцій, на попередження непотрібного застосування антибіотиків і не охоплюють пацієнтів із вірусними інфекціями.

1.1. Батьки та опікуни немовлят, які мають підвищений ризик неонатальних інфекцій

1.1.2. Якщо є клінічні занепокоєння щодо виникнення неонатальних інфекцій:

- поговоріть із батьками чи опікунами дитини, поясніть причину занепокоєння;
 - обговоріть оптимальні варіанти лікування;
 - не зволікайте з терапією, однак надайте їм час для роздумів та можливість поставити запитання.
- 1.1.3. У разі призначення антибіотиків обговоріть із ними:
- причину лікування;
 - ризику та переваги, пов'язані зі станом їхньої дитини;
 - нагляд та дослідження, які можуть знадобитися для вибору терапії (наприклад, визначення часу припинення лікування);
 - бажаний режим прийому антибіотиків та приблизну тривалість терапії;
 - можливий вплив на жінку чи її дитину.

1.1.4. Підтримуйте зв'язок із родилією, дитина якої має підвищений ризик виникнення ранньої неонатальної інфекції*.

1.1.5. Якщо немовлята належать до групи підвищеного ризику виникнення ранньої інфекції, повідомте про це їхніх батьків та сімейних лікарів в усній та письмовій формах.

1.1.6. Запевніть батьків чи опікунів, що немовлята, які мають неонатальну інфекцію чи ризик її виникнення, зазвичай можуть продовжувати грудне вигодовування та що всі докладені зусилля сприятимуть цьому. Якщо дитина тимчасово не може отримувати грудне вигодовування, рекомендуйте матері зіджувати грудне молоко.

1.1.7. Якщо у жінки виявлено наявність стрептокока групи В, її немовля має підвищений ризик виникнення ранньої стрептокової інфекції.

Батьки та опікуни дітей, які лікуються від неонатальних інфекцій

1.1.8. Запевніть, що вони зможуть піклуватися про своїх дітей залежно від своїх побажань, окрім випадків, коли дитина занадто для цього хвора.

1.1.9. Запропонуйте їм контактні дані організацій, які надають підтримку, консультування, певну інформацію чи юридичні послуги.

1.1.10. Якщо дитину лікували від підозрюваної чи підтвердженої неонатальної інфекції:

- надайте інформацію батькам та опікунам про можливі віддалені прояви захворювання дитини та ймовірні сценарії одужання;
- під час надання інформації та подальшого планування лікування враховуйте стурбованість батьків чи опікунів.

1.1.11. Коли дитина, яка перенесла інфекцію, спричинену стрептококами групи В, випусується з лікарні:

- повідомте жінці, що під час майбутньої вагітності її новонароджена дитина матиме підвищений ризик виникнення ранньої інфекції, викликаной стрептококом групи В. Вона має повідомити медичним працівникам, що її старша дитина мала інфекцію, викликану стрептококом групи В;
- повідомте сімейному лікареві жінки у письмовій формі про наявність ризику рецидиву інфекції, а також виникнення інфекції, викликаной стрептококом групи В, при майбутніх вагітностях.

Батьки та опікуни дітей, яких лікують від бактеріального менінгіту

1.1.12. На початку лікування підтвердженого бактеріального менінгіту обговоріть із ними можливі наслідки захворювання, неточність початкового прогнозу, ризик передачі інфекції та особливості профілактичних заходів (наприклад, при менінгококовому менінгіті чи гемофільній інфекції типу В).

1.1.14. Забезпечте емоційну підтримку членів сім'ї та опікунів протягом госпіталізації.

1.1.15. Перед випискою дитини додому з лікарні чи фельдшерсько-акушерського відділення (або безпосередньо в постнатальний період у разі народження дитини вдома) рекомендуйте батькам та опікунам звертатися за ургентною медичною допомогою, коли:

- дитина незвично поводить себе (наприклад, безперервно плаче чи млява);
- має незвичну температуру тіла (нижчу за 36°C чи вищу за 38°C), яка не пояснюється факторами довкілля;
- має розлади дихання;
- має зміни кольору шкіри (наприклад, дуже бліда, синя/сіра чи темно-жовта);
- виникли нові складнощі з процесом годування.

Ведення дітей, які не отримували антибіотики, після виписки

1.1.16. Якщо існує клінічне занепокоєння щодо можливості виникнення неонатальних інфекцій у дитини, розробіть план ведення після виписки.

1.2. Попередження ранньої неонатальної інфекції до народження Антибіотикотерапія

1.2.1. Запропонуйте жінці під час пологів антибіотики, якщо:

- пологи передчасні;
- спостерігається колонізація стрептокока групи В, бактеріурія чи інфекційний процес під час поточної вагітності, або вони були під час попередніх вагітностей;
- інша її дитина мала інфекцію, спричинену стрептококом групи В;
- встановлено діагноз «хоріоамніоніт».

1.2.3. Внутрішньовенні форми гентаміцину під час пологів застосовуйте один раз на добу.

1.2.4. Введіть першу дозу антибіотика якнайшвидше після початку пологів (чи відразу при підозрі на виникнення інфекції, чи у разі хоріоамніоніту) та продовжуйте його застосування до народження дитини.

1.2.5. Враховуйте, що під час застосування гентаміцину чи ванкомицину під час пологів може знадобитися терапевтичний моніторинг відповіді на терапію.

Жінки з тривалим передпологовим розривом плодкових оболонок, які мають колонізацію стрептокока групи В, бактеріурію чи інфекцію

1.2.6. Запропонуйте негайне родорозршення (шляхом індукції пологів чи з допомогою кесаревого розтину) жінкам із 34-го до 37-го тижня гестації, якщо:

- є тривалий передпологовий розрив оболонок;
- є колонізація стрептококами групи В, бактеріурія чи інфекція в будь-який час їхньої поточної вагітності.

1.3. Фактори ризику та клінічні ознаки появи ранньої неонатальної інфекції

Перед народженням

1.3.1. Для родильців визначте та оцініть можливість ранньої неонатальної інфекції. Під час пологів стежте за будь-якими факторами ризику.

Оцінка та вплив на ризик раннього виникнення неонатальних інфекцій після пологів

1.3.3. Якщо існують будь-які фактори ризику виникнення ранніх неонатальних інфекцій:

- негайно проведіть клінічну оцінку;
- перегляньте анамнез матері та новонародженої дитини;
- проведіть фізичний огляд дитини, зокрема оцінку вітальних функцій.

Ведення дітей із підвищеним ризиком виникнення інфекцій

1.3.8. Якщо немовлята перебувають під наглядом через загрозу розвитку ранньої неонатальної інфекції, розгляньте можливість початку терапії антибіотиками.

1.3.9. Якщо дитина потребує лікування антибіотиками, введіть їх якнайшвидше, причому завжди протягом години після ухвалення рішення про необхідність такого лікування.

1.4. Перед введенням першої дози антибіотика у дітей із групи ризику раннього виникнення інфекції проведіть культуральне дослідження.

1.4.2. На початку терапії антибіотиками визначте рівень С-реактивного білка у дітей, які можуть мати ранню неонатальну інфекцію.

1.4.3. Не рекомендоване рутинне проведення мікроскопічного чи культурального дослідження сечі.

1.4.4. За умови відсутності клінічних ознак місцевої інфекції не виконуйте мікроскопічне чи культуральне дослідження мазка.

Люмбальна пункція

1.4.5. Якщо це безпечно, виконайте люмбальну пункцію для отримання зразків цереброспінальної рідини, коли:

- існує сильна клінічна підозра щодо виникнення ранньої неонатальної інфекції;
- або є клінічні симптоми чи ознаки менінгіту.

1.4.6. Перед проведенням люмбальної пункції лікуйте та стабілізуйте будь-що із переліченого:

- незахищені дихальні шляхи;

- респіраторні розлади;
- шок;
- неконтрольовані судоми;
- ризик кровотечі.

1.4.7. Не проводьте люмбальну пункцію у разі:

- обширної та швидкопрогресуючої пурпури;
- інфекції у місці люмбальної пункції;
- таких можливих ознак підвищення внутрішньочерепного тиску, як наявність нових неврологічних ознак, аномальних реакцій зіниць, прогресуючого стійкого чи швидкого погіршення рівня свідомості.

1.4.8. Виміряйте рівень глюкози крові у немовлят безпосередньо перед проведенням люмбальної пункції для розрахунку співвідношення рівня глюкози цереброспінальної рідини/глюкози крові.

1.4.9. Проведіть такі обстеження:

- кількість еритроцитів;
- кількість лейкоцитів;
- загальний вміст білка;
- рівень глюкози (розрахуйте співвідношення глюкози спинномозкової рідини до рівня глюкози крові);

• мікроскопічне обстеження на бактерії (за допомогою фарбування за Грамом);

- мікробіологічний посів на чутливість;
- ПЛР до відповідних збудників.

1.4.10. Зберігайте залишки цереброспінальної рідини на випадок подальших обстежень.

1.4.12. Під час інтерпретації результатів люмбальної пункції враховуйте:

- наявність еритроцитів у зразку може свідчити про його забруднення кров'ю чи інший діагноз;
- попередній прийом антибіотиків може вплинути на діагностичну значимість цього дослідження.

1.4.13. Інтерпретуйте результати дослідження спинномозкової рідини за допомогою стандартних порогових значень залежно від віку (з урахуванням таких факторів, як гестаційний/хронологічний вік, вага під час народження, раннє застосування антибіотиків чи підозра на імунodefіцит).

1.4.14. Інтерпретуйте результати аналізу спинномозкової рідини у немовлят разом із клінічною картиною та анамнезом матері.

1.4.15. Якщо є відхилення у результатах дослідження спинномозкової рідини, розгляньте альтернативні мікобактеріальні, грибові чи неінфекційні причини бактеріального менінгіту.

1.4.16. Майте на увазі, що хоча незначний кон'юнктивіт є поширеним та часто доброякісним, гнійні виділення можуть вказувати на наявність серйозної інфекції (наприклад, хламідійної чи гонококової).

1.4.17. У немовлят із гнійними виділеннями з очей негайно візьміть мазок для мікробіологічного дослідження на наявність хламідій чи гонококів. За умови можливої гонококової інфекції розпочніть антибіотикотерапію ще до отримання результатів мікробіологічного дослідження мазка.

1.4.18. Якщо немовлята мають такі клінічні ознаки пупкової інфекції, як гнійні виділення чи наявність периумбілікального целюліту (наприклад, почервоніння, гіпертермія чи набряк шкіри):

- виконайте посів крові;
- візьміть мазок для мікроскопії чи посіву;
- розпочніть терапію антибіотиками (із внутрішньовенним введенням флулоксациліну та гентаміцину).

Якщо результати мікробіологічного дослідження показують, що інфекція не спричинена грамнегативними бактеріями, припиніть застосування гентаміцину.

1.5. Антибіотики при підозрі на раннє виникнення інфекції

1.5.1. У якості антибіотика першого ряду для емпіричного лікування застосовуйте внутрішньовенно бензилпеніцилін із гентаміцином.

1.5.2. Застосовуйте бензилпеніцилін у дозі 25 мг/кг кожні 12 годин. Залежно від клінічних даних розгляньте скорочення інтервалу між дозами до восьми годин (наприклад, при важкому стані дитини).

1.5.3. Застосовуйте гентаміцин у початковій дозі 5 мг/кг.

1.5.5. Другу дозу гентаміцину зазвичай слід давати через 36 годин після першої. Застосовуйте коротші інтервали, коли:

- стан дитини є важким;
- при посіві крові виявлена грамнегативна інфекція.

1.5.6. Під час дозування гентаміцину враховуйте його концентрацію в крові.

1.5.7. Записуйте час введення гентаміцину та час відбору зразків для оцінки лікування.

1.5.8. Регулярно повторно оцінюйте клінічний стан та результати обстежень у немовлят, які отримують антибіотики.

Примітка: *Рання неонатальна інфекція виникає у перші 72 години після народження.

Під час зміни режиму антибіотикотерапії врахуйте:

- клінічний стан дитини (наприклад, відсутність покращення);
- результати мікробіологічного обстеження;
- поради мікробіологів.

1.5.9. За умови наявності мікробіологічних даних, які свідчать про грамнегативний бактеріальний сепсис, до бензилпеніциліну та гентаміцину додайте інший антибіотик, який є активним проти грамнегативних бактерій (наприклад, цефотаксим). При підтвердженій грамнегативній інфекції припиніть застосування бензилпеніциліну.

1.6. Тривалість антибіотикотерапії ранніх неонатальних інфекцій

Обстеження при неонатальних інфекціях

1.6.1. Якщо немовлята приймали антибіотик через наявність факторів ризику виникнення інфекцій чи клінічних ознак можливої появи ранньої інфекції, виміряйте рівень С-реактивного білка через 18-24 годин після початку прийому антибіотика.

1.6.2. Розгляньте проведення люмбальної пункції для отримання зразків цереброспінальної рідини у немовлят, яким не проводили люмбальну пункцію на початку та які отримували антибіотики, за умови, що її проведення є безпечним, а також якщо:

- немовля має позитивне культуральне дослідження крові;
- погано відповідає на антибіотикотерапію;
- є значна клінічна підозра на інфекцію;
- є клінічні симптоми чи ознаки, які вказують на менінгіт.

Рішення через 36 годин від початку антибіотикотерапії

1.6.3. Коли немовлята отримують антибіотик через наявність факторів ризику раннього виникнення інфекцій чи клінічних ознак можливої інфекції, розгляньте припинення прийому антибіотиків через 36 годин, якщо:

- посів крові негативний;
- початкова клінічна підозра на інфекцію була незначною;
- клінічний стан дитини є стабільним, без клінічних ознак можливої інфекції;
- рівень та динаміка концентрації С-реактивного білка є позитивними.

Тривалість лікування ранньої неонатальної інфекції без менінгіту

1.6.6. Призначте антибіотики на сім днів для немовлят із позитивним та негативним результатом посіву крові, якщо є серйозна підозра виникнення сепсису. Розгляньте тривалість антибіотикотерапії довше ніж на сім днів, якщо:

- дитина ще не цілком одужала;
- це доцільно через патоген, визначений під час посіву крові.

1.6.7. Якщо антибіотикотерапія триває більше 36 годин, незважаючи на негативний посів крові, повторно огляньте дитину принаймні раз на добу. Під час кожного огляду розгляньте можливість припинення антибіотикотерапії, беручи до уваги:

- рівень початкової клінічної підозри інфекції;
- клінічний прогрес захворювання дитини та її поточний стан;
- рівень та динаміку концентрації С-реактивного білка.

1.8. Фактори ризику та клінічні ознаки можливої пізньої неонатальної інфекції**

1.8.1. Під час повторного огляду дитини врахуйте:

- наявність клінічних ознак пізніх неонатальних інфекцій;
- що недоношеність, штучна вентиляція легень, оперативні втручання та наявність центрального катетера супроводжують вищим ризиком виникнення пізньої неонатальної інфекції.

1.8.2. При підозрі на пізню інфекцію в амбулаторних умовах завчасно зверніться за порадою до педіатра.

Час призначення антибіотиків при пізніх неонатальних інфекціях

1.8.3. Якщо дитина потребує лікування антибіотиками, введіть їх якнайшвидше, причому завжди протягом години після ухвалення такого рішення.

1.9. Обстеження перед початком прийому антибіотиків у немовлят, які можуть мати пізню інфекцію

1.9.1. Проведіть посів крові.

1.9.2. Визначте рівень С-реактивного білка.

1.9.3. У неонатальних відділеннях для дітей із пізньою неонатальною інфекцією не рекомендоване рутинне проведення мікроскопічного дослідження сечі та посів сечі.

1.9.4. Проводьте мікроскопічне та культуральне дослідження сечі немовлятам поза межами неонатальних відділень відповідно до рекомендації NICE щодо інфекцій сечовивідних шляхів у осіб до 16 років.

1.9.5. За умови відсутності клінічних ознак місцевої інфекції не проводьте мікроскопічне чи культуральне дослідження мазка шкіри.

Люмбальна пункція

1.9.6. Якщо це безпечно, проведіть люмбальну пункцію з метою отримання цереброспінальної рідини, коли:

- є значна клінічна підозра на неонатальну інфекцію;
- є клінічні симптоми чи ознаки менінгіту.

1.9.7. Перед виконанням люмбальної пункції стабілізуйте:

- незахищені дихальні шляхи;
- респіраторні розлади;
- шок;
- неконтрольовані судоми;
- ризик кровотечі.

1.9.8. Не виконуйте люмбальну пункцію, якщо:

- пурпура масивна та швидко поширюється;
- наявна інфекція у місці проведення люмбальної пункції;
- наявні симптоми чи ознаки, які можуть вказувати на підвищення внутрішньочерепного тиску.

1.9.9. Виміряйте рівень глюкози крові у немовлят безпосередньо перед проведенням люмбальної пункції задля розрахунку співвідношення рівня глюкози цереброспінальної рідини/глюкози крові.

Обстеження спинномозкової рідини у дітей із підозрою на бактеріальний менінгіт

1.9.10. Проведіть такі обстеження цереброспінальної рідини:

- кількість еритроцитів;
- кількість лейкоцитів;
- загальний вміст білка;
- рівень глюкози (розрахуйте співвідношення глюкози спинномозкової рідини до рівня глюкози крові);
- мікроскопічне обстеження на бактерії (за допомогою фарбування за Грамом);
- мікробіологічний посів на чутливість;
- ПЛР до відповідних збудників.

1.9.11. Зберігайте залишки цереброспінальної рідини на випадок подальших обстежень.

1.10. Антибіотики при пізніх неонатальних інфекціях

Антибіотики вибору

1.10.1. Немовлятам із підозрою на виникнення пізньої неонатальної інфекції, які перебувають у неонатальних відділеннях:

- у якості першої лінії терапії призначте комбінацію антибіотиків вузького спектру дії (наприклад, внутрішньовенний флуоксацилін плюс гентаміцин);
- застосовуйте антибіотики, які є ефективними і проти грамнегативних, і проти грамположитивних бактерій;
- при підозрі на некротизуючий ентероколіт до лікування також додайте антибіотик, який є активним проти анаеробних бактерій (наприклад, метронідазол).

1.11. Тривалість терапії антибіотиками пізніх неонатальних інфекцій

Обстеження під час антибіотикотерапії пізніх неонатальних інфекцій

1.11.1. У немовлят, які отримують антибіотики через фактори ризику інфекції чи клінічні дані, які свідчать про можливість пізньої неонатальної інфекції, виміряйте рівень С-реактивного білка протягом 18-24 годин після початку прийому антибіотика.

1.11.2. Розгляньте доцільність проведення люмбальної пункції з метою отримання зразка цереброспінальної рідини у немовлят, якщо:

- дитина має позитивний посів крові;
- вона незадовільно відповідає на антибіотикотерапію;
- є сильна клінічна підозра на розвиток інфекції;
- є клінічні симптоми чи ознаки менінгіту.

Рішення через 48 годин після початку антибіотикотерапії

1.11.3. Розгляньте припинення прийому антибіотиків через 48 годин для немовлят, які отримують антибіотики через підозру виникнення пізньої інфекції, якщо:

- посів крові негативний;
- початкова клінічна підозра не була сильною;
- клінічний стан немовляти є стабільним;
- рівень та динаміку С-реактивного білка позитивні.

Тривалість лікування пізньої неонатальної інфекції без менінгіту

1.11.5. Призначте антибіотикотерапію на сім днів дітям, які мають позитивний посів крові. Розгляньте тривалість антибіотикотерапії понад сім днів, якщо:

- дитина повністю не одужала чи виявлений збудник потребує тривалішого лікування;
- тривале лікування зумовлене місцем ураження (наприклад, супутня інтраабдомінальна патологія, некротизуючий ентероколіт, остеомієліт чи інфекція центрального венозного катетера).

1.11.6. Використовуйте коротші курси терапії, коли дитина швидко одужує або збудника не виявлено, чи збудником є звичайний коменсал (наприклад, коагулазонегативний стафілокок).

1.11.7. При продовженні антибіотикотерапії довше ніж на 48 годин при підозрі на пізню неонатальну інфекцію, незважаючи на негативний посів крові, повторно оглядайте немовля принаймні кожні 24 години. Під час кожного огляду ухвалюйте рішення про можливість припинення прийому антибіотиків з урахуванням:

- рівня початкової клінічної підозри на інфекцію;
- клінічного перебігу захворювання та теперішнього стану дитини;
- рівня та динаміки С-реактивного білка.

1.12. Протигрибкові препарати для профілактики грибової інфекції під час антибіотикотерапії пізньої неонатальної інфекції

1.12.1. Призначте профілактичні пероральні дози ністатину немовлятам, які отримують антибіотикотерапію, коли:

- вага при народженні становить менше 1 500 г;
- немовля народилось до 30-го тижня гестації.

1.13. Уникання рутинного призначення антибіотиків у немовлят

1.13.1. Не рекомендоване рутинне призначення антибіотикотерапії немовлятам, які не мають факторів ризику інфекції, клінічних показів чи лабораторних даних, які вказують на наявність інфекції.

Обмеження рідини

1.14.7. Немовлятам із бактеріальним менінгітом не рекомендоване рутинне обмеження прийому рідини.

1.14.8. Давайте необхідну кількість рідини перорально чи через ентеральний зонд.

Оцініть наявність імунодефіциту та ризик повторних інфекцій у немовлят із бактеріальним менінгітом.

1.14.9. Направляйте немовлят із пневмококковим менінгітом до дитячого імунолога та спеціаліста з інфекційних захворювань з метою діагностики імунодефіциту.

1.14.11. У немовлят із бактеріальним менінгітом зберіть анамнез:

- травм голови, хірургічних втручань чи витоку спинномозкової рідини;
- імунізації;
- прийому ліків, зокрема препаратів, які пригнічують імунну систему (наприклад, інгібіторів комплементу).

Випуска після антибіотикотерапії

1.14.12. Після курсу антибіотикотерапії розгляньте питання швидкої виписки немовлят із лікарні з подальшою підтримкою батьків та опікунів.

Догляд після виписки з лікарні

1.14.18. Для немовлят, які мали бактеріальний менінгіт, заплануйте повторний огляд неонатолога чи педіатра на четвертий-шостий тиждень після виписки з лікарні.

1.14.19. Домовтеся про огляд неонатолога чи педіатра через рік після виписки. Під час цього огляду оцініть можливість ускладнень нервово-розвитку та психосоціальних ускладнень.

1.14.21. Майте на увазі, що пізні ускладнення можуть бути непомітними до перехідного віку (наприклад, до садочка чи школи).

Рецидивуючий бактеріальний менінгіт

Фактори ризику

1.14.25. Фактори ризику рецидивуючого бактеріального менінгіту:

- первинний чи вторинний імунодефіцит, зокрема ВІЛ, вроджена недостатність комплементу, зменшена чи відсутня селезінка, гіпогаммаглобулінемія;
- наявність сполучення між цереброспінальною рідиною та зовнішньою поверхнею, наприклад, спричинена первинною травмою, хірургічним втручанням чи вродженими аномаліями.

Ведення

1.14.26. Якщо немовлята мають повторні епізоди бактеріального менінгіту:

- перегляньте з дитячим імунологом чи спеціалістом з інфекційних хвороб та узгодьте обстеження, вакцинацію чи інші втручання, які необхідні для попередження повторних випадків.
- 1.14.29. Зберіть імунізаційний та медичний анамнез, зокрема про прийом ліків, які здатні пригнічувати імунну систему.
- 1.14.30. У немовлят із рецидивуючим менінгітом із підтвердженим бактеріальним збудником розгляньте інші причини захворювання та порадьтеся зі спеціалістом з інфекційних хвороб.

1.16. Організація догляду

1.16.1. В певних випадках розгляньте можливість завершення курсу внутрішньовенного введення антибіотиків в амбулаторних умовах (наприклад, вдома чи під час візитів до акушерських відділень) для немовлят, які добре почувуються та якщо вони мають добру місцеву підтримку.

1.16.2. Вибираючи відповідні умови догляду для дітей, врахуйте їхні клінічні потреби та навички, необхідні для безпечної та ефективною допомоги (наприклад, використання внутрішньовенних катетерів та догляд за ними).

1.17. Планування догляду після виписки

1.17.1. Повідомте сімейним лікарям про немовлят з інфекційними ускладненнями та поясніть план подальшого спостереження за ними.

- 1.17.4. Команда лікарні має комунікувати після виписки:
 - із спеціалістами третинної та первинної допомоги;
 - суміжними спеціалістами та громадськими групами, які будуть залучені до подальшого ведення дітей (наприклад, аудіологічне чи логопедичне відділення).

За матеріалами <https://www.nice.org.uk/guidance/ng195/chapter/Recommendations>

Підготував Валерій Палько

Бетадин®

ПОВІДОН-ЙОД

ЗУПИНЯТИСЬ НЕМАЄ ПРИЧИН!

БАКТЕРІЇ

ВІРУСИ

- ШИРОКИЙ СПЕКТР ПРОТИМІКРОБНОЇ ДІЇ
- БЕЗ РОЗВИТКУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ

ГРИБКИ



Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Бетадин. Лікарська форма. Розчин для зовнішнього та місцевого застосування. Основні фізико-хімічні властивості: розчин темно-коричневого кольору із запахом йоду. 1 мл розчину містить: 100 мг повідон-йоду. Зберігається при кімнатній температурі. Показання. Дезінфекція рук та антисептична обробка слизових оболонок. Антисептична обробка ран та опіків. Гігієнічна та хірургічна дезінфекція рук. Побічні ефекти. Місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання, ангіоневротичний набряк, анафілактичні реакції та інші. Особливі застереження. У новонароджених і дітей до 1 року повідон-йод слід використовувати тільки за суворими показаннями. Умови відпуску. Без рецепта. Виробник. ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС. Бетадин розчин Р.П. № UA/6807/03/01.

Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Бетадин. Лікарська форма. Мазь. Показання. Профілактика інфекцій при дрібних порізах та саднах, невеликих опіках і незначних хірургічних процедурах. Лікування грибкових та бактеріальних інфекцій шкіри, а також інфекцій пролежнів і трофічних виразок. Протипоказання: підвищена чутливість до йоду, або підозра на неї, вузловий колоїдний зоб, ендемічний зоб, тиреоїдит Хашимото, ниркова недостатність та інші. Побічні реакції: Місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання та інші. Особливі застереження. У новонароджених і дітей до 1 року повідон-йод слід використовувати тільки за суворими показаннями. Умови відпуску. Без рецепта. Виробник. ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС. Р.П. № UA/6807/01/01.

Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Бетадин супозиторії. Склад: діюча речовина: повідон-йод; 1 вагінальний супозиторій містить 200 мг повідон-йоду (відповідає 18-24 мг активного йоду); допоміжні речовини: макрогол 1000. Показання. Гострі та хронічні вагінальні інфекції (кольпіт); змішані інфекції; неспецифічні інфекції (бактеріальний вагіноз, спричинений Gardnerella vaginalis); грибкові інфекції (Candida albicans); вагінальні інфекції внаслідок лікування антибіотиками та стероїдними препаратами; трихомоніаз (при необхідності слід проводити комбіноване системне лікування). Передопераційна профілактика при хірургічних операціях у піхві або діагностичних процедурах. Протипоказання: підвищена чутливість до йоду, або підозра на неї, вузловий колоїдний зоб, ендемічний зоб, тиреоїдит Хашимото, ниркова недостатність та інші. Побічні реакції: місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання та інші. Умови відпуску. Без рецепта. Виробник. ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС. Р.П. № UA/6807/02/01.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38.



Повідон-йод у лікуванні піодермії у дітей: сучасний погляд на класичний антисептик

Піодермія – одна з найбільш поширених причин звернення дитячого населення до дерматологів. Схильність до розвитку піодермії обумовлена станом бар'єра шкіри, який залежить не лише від структурно-анатомічних особливостей епідермісу дитини, а й від мікрофлори. Вікові особливості будови шкіри, зміни якісного та кількісного складу мікрофлори призводять до розвитку гнійничкових захворювань, що відрізняються клінічною різноманітністю, а при невідповідному лікуванні – тяжким перебігом та розвитком ускладнень. Тому актуальним залишається вибір правильної терапії захворювання.

Піодермії є одними з найпоширеніших дерматозів у світі. Найчастіше на піодермію страждають діти з частотою 25-60% від загальної кількості всіх дерматологічних захворювань. Пікове зростання частоти поширення відбувається в період від двох до п'яти років, що пов'язано з активністю дитини та зростанням контактів із довкіллям. Усі мікроорганізми, що населяють поверхню шкіри, умовно ділять на кілька груп: комменсали, умовно-патогенна та патогенна флора. Більшість мікроорганізмів належать до комменсалів (сапрофітів) і входять у склад здорового мікробіому. Патогенні мікроорганізми синтезують чинники вірулентності, викликаючи у такий спосіб розвиток інфекційного процесу. Нормальна мікрофлора шкіри перешкоджає колонізації та розмноженню патогенних мікроорганізмів за допомогою активації місцевого імунітету шкіри та синтезу протимікробних пептидів. Взаємодія патогенних мікроорганізмів та макроорганізму зовсім не завжди призводить до виникнення інфекційного процесу. Сукупність таких факторів, як вплив довкілля, стан макроорганізму та вірулентність мікроорганізмів, визначає розвиток піодермії.

Найбільш вразливим до розвитку гнійних захворювань шкіри є ранній дитячий вік, бо при народженні шкіра немовляти позбавлена мікробного компонента. У процесі росту дитини домінуючими факторами, що спричиняють розвиток інфекційного процесу, стають недотримання санітарно-гігієнічних норм у дитячих колективах та високий рівень травматизації, пов'язаний із підвищеною активністю дитини. Провідну роль у розвитку піодермії має інфекційний компонент, а саме проникнення в шкірні покриви патогенної флори: піогенного стрептокока і золотистого стафілокока. Розуміння етіопатогенезу піодермії має стати визначальним для лікаря у виборі тактики лікування, однією із цілей якої є запобігання розвитку рецидивів.

Виділяють первинні піодермії, що виникають на неураженій шкірі, та вторинні, які є ускладненнями дерматозів, що супроводжуються свербіжем та пошкодженням цілісності шкіри, наприклад, дерматити, екзема тощо. До первинних піодермії належать імпетиго, фолікуліт, фурункул, карбункул, ектима і сикоз. До вторинних піодермії – тропічна виразка, інфікована пухирчатка, інфікований контактний дерматит, інфікована короста та різні інші дерматози. Первинна піодермія – гнійне ураження саме неураженої шкіри та її придатків (Cox N.H., Coulson I.H. Diagnosis of skin disease. 2010).

Класифікація піодермії:

- за етіологічним фактором: стафілококові (стафілодермії), стрептококові (стрептодермії);
- змішані (стрепто-стафілодермії) піодермії;
- за глибиною ураження: поверхневі та глибокі;
- за тривалістю перебігу: гострі та хронічні.

Окремо виділяють **клініко-морфологічну класифікацію піодермії** (Tamrazova O.V. et al. 2014):

1. поверхнева плоска пустула (імпетиго):
 - бульозне імпетиго (епідемічна пухирчатка новонароджених, ексфолюативний синдром Ріттера, власне бульозне імпетиго),
 - небульозне імпетиго (заїда, простий лишай, інтритригінозне імпетиго, пароніхії);
2. фолікулярна конічна пустула (остеофолікуліт, фолікуліт, фурункул, карбункул);
3. глибока плоска пустула (ектіма);
4. запалення потових залоз (гідраденіт, везикулопустульоз, псевдофурункульоз Фінгера);
5. ліфангоїти (бешиха, хвороба котячих подряпин);
6. шанкриформна виразка, флегмона, абсцеси, некротичні фасціїти та ін.

Серед піодермії у дітей найчастіше трапляється імпетиго. Випадки первинної піодермії зазвичай найвищі у віковій групі до десяти років. Імпетиго (бульозне і небульозне), поверхневий фолікуліт і ектима є найпоширенішими типами бактеріального ураження шкіри у дітей (Bhat, Ramesh M. et al. 2012). Ці дані підтверджує дослідження Shashi Gandhi et al. (2012): серед піодермії у дітей найбільше випадків імпетиго (53%), потім йде поверхневий фолікуліт (39%), фурункульоз (6,5%) і карбункул (1,5%). Окремо виділяють підтип ектими, перианальний стрептококовий дерматит (ПСД) – дерматологічне захворювання, яке викликає β-гемолітичний стрептокок групи А і зазвичай обмежується перианальною ділянкою. Захворювання виникає у дітей віком від 6 місяців до 10 років і характеризується розвитком перианальної еритеми із чіткими межами, яка супроводжується свербіжем, болем, утворенням тріщин, що може призвести до рефлекторних порушень випорожнень та утримання лихоманки. Поширеними вторинними піодерміями у дітей є екзема з інфекційним компонентом (включно з atopічним дерматитом), короста, папульозна кропив'янка із вторинною інфекцією. Одним із пріоритетних напрямків

ведення пацієнтів дитячого віку з бактеріальним ураженням шкіри є профілактика рецидивів, оскільки швидкий розвиток резистентності мікроорганізмів та незрілість шкірних покривів у дітей сприяють повторному інфікуванню та розвитку інфекційного процесу. Сімейний анамнез atopії, а також історія лікування і місцевими, і системними антибіотиками є надзвичайно важливою інформацією в діагностиці піодермії. У пацієнтів із хронічними рецидивними піодерміями важливе значення має ослаблення захисних властивостей організму, а також змішана флора (умовно-патогенні мікроорганізми та резистентні патогени). У разі вторинного інфікування, крім основного інфекційного патогенетичного фактора, важливим є порушення цілісності шкірного бар'єра, що є вхідними воротами для інфекції. Причинами можуть бути сверблячі дерматози (атопічний дерматит, екзема), паразитарні захворювання шкіри (короста, педикульоз), а також умови, за яких пригнічуються місцеві імунні захисні механізми (наприклад, тривале використання топічних глюкокортикостероїдів або інгібіторів кальциневрину).

Інформація про перебіг і лікування піодермії у дітей завжди актуальна в літературних джерелах. Це пояснюється погано розвиненими механізмами імунного захисту дитячої шкіри від контамінації коків. Крім того, ліпиди у складі бар'єра шкіри, що виконують захисну роль від бактеріальних інфекцій, меншою мірою синтезуються порівняно з дорослими. Ідентифікація факторів ризику, раннє виявлення збудника захворювання та інформація про чутливість мають важливе значення в ефективному лікуванні захворювання. Найпоширенішими ізолятами, які спричиняють піодермії у дітей, є стрептококи та стафілококи. Стрептодермії вражають гладку шкіру, найчастіше навколо природних отворів (рота та носа). *Strep. pyogenes* має виражений інвазивний потенціал: вражає епідерміс, дерму та підшкірно-жирову клітковину з розвитком імпетиго, ектими або целюліту відповідно. Запальний процес на шкірі може супроводжуватися сильним набряком, загальною інтоксикацією та лімфаденопатією. До класичних проявів стрептодермії належать стрептококове імпетиго, шліноподібне імпетиго, суха стрептодермія, вульгарна ектима, бешихове запалення та дифузна стрептодермія. Фіксуються тенденції до зміни етіологічних аспектів первинної піодермії, а проблема появи штамів лікарської стійкості стає дедалі актуальнішою. Найбільш розповсюдженим мікроорганізмом, який зазвичай виділяють при піодермії, є *Staphylococcus aureus*, що може бути або метицилін-чутливим (MSSA), або метицилін-резистентним (MRSA). Багато із цих ізолятів стають мультирезистентними. Усі β-лактами включно із карбапенемами та цефалоспорином останніх поколінь, піперациліном, тазобактом тощо неефективні проти MRSA. Знання стосовно поширеності MRSA та їхнього поточного антимікробного профілю стає необхідним для вибору відповідного емпіричного лікування цих інфекцій (Aroga V. et al. 2008). Складність у лікуванні піодермії та ризик рецидивів пов'язані з такими факторами:

- підвищена антимікробна стійкість *Staphylococcus aureus*;
- зміна мікробіому шкіри внаслідок неадекватного лікування метицилінрезистентного золотистого стафілокока (MRSA).

Незважаючи на активний прогрес у профілактиці поширення MRSA, *Staphylococcus aureus* залишається відомим патогеном, пов'язаним не лише із запально-гнійничковими ураженнями шкіри, але і високими показниками смертності. Деколонізація, метою якої є зменшення або усунення бактеріального навантаження на організм, є невід'ємною частиною стратегії, що використовуються для контролю та запобігання поширенню MRSA. Цей підхід передбачає ліквідацію MRSA застосуванням антимікробних засобів. Найчастіше для ерадикації MRSA використовують такі агенти, як мупіроцин і хлоргексидин (Septimus E.J. et al. 2016). Проте мупіроцин ефективний для ліквідації MRSA лише в 65% випадків, що значно підвищує ризик рецидивів захворювання та набуття стійкості (Kock R. et al. 2014). Зростає занепокоєння не тільки серед дерматологів, але й інфекціоністів щодо невдач деколонізації стафілокока та появи стійкості до мупіроцину і хлоргексидину. Ці питання, а також кількість ускладнень, які щорічно виникають на фоні інфікування *Staphylococcus aureus*, засвідчили потребу в альтернативних, більш ефективних методах лікування уражень, спричинених золотистим стафілококом (Troeman DPR et al. 2019).

Didier Lepeletier et al. (2020) вивчали властивості, антимікробну активність і клінічну ефективність антисептика повідон-йод (PVP-I), а також його роль як альтернативного засобу для деколонізації *S. aureus*. PVP-I – це водорозчинний засіб, який складається з комплексу йоду і солюбілізуючого полімерного носія, полівінілпіролідону. У водному розчині виникає динамічна рівновага між вільним йодом (I₂), активним

бактерицидним агентом і PVP-I-комплексом. Після розведення 10% розчину PVP-I рівні йоду відповідають косовисхідній кривій і збільшуються з розведенням, досягаючи максимуму приблизно в 0,1% розчину. Існує значна позитивна кореляція між концентрацією вільного йоду та бактерицидною активністю PVP-I. Будучи маленькою молекулою, йод швидко проникає в мікроорганізми та окислює ключові білки, нуклеотиди та жирні кислоти, що зрештою призводить до загибелі клітин (Lachapelle J.M. et al. 2013). PVP-I має широкий антимікробний спектр із активністю проти грам-позитивних і грам-негативних бактерій включно із резистентними до антибіотиків і антисептиків штамми, грибами та найпростішими. Він також активний проти широкого кола вірусів з оболонкою та без неї і деяких бактеріальних спор із збільшеним часом впливу. Крім того, було показано, що PVP-I має активність проти зрілих бактеріальних і грибкових біоплівки *in vitro* та *ex vivo* (Carpriotti K. et al. 2018). Дослідження *in vitro* підтвердили бактерицидну активність 10% розчину PVP-I проти клінічних ізолятів MSSA та MRSA в лікуванні піодермії, використовуючи і суспензійні тести, і методи поверхневих тестів. У цих дослідженнях дія PVP-I проти MSSA та MRSA була швидкою, бактерицидна активність зазвичай спостерігалася протягом 15-60 секунд. Порівняльні дослідження *in vitro* загалом показали, що, незалежно від часу експозиції або розведення, 10% PVP-I був більш активним, ніж хлоргексидин, проти MRSA і мав бактерицидну дію проти штамів, стійких до хлоргексидину. Крім того, два дослідження *in vitro* також показали, що 5% PVP-I має бактерицидну дію проти MSSA, MRSA та стійких до мупіроцину штамів MRSA (Cichos K.H. et al. 2019). 5% PVP-I також значно ефективніший, ніж мупіроцин, проти мупіроцин-резистентних ізолятів MRSA (P < 0,05). На моделі шкіри людини (моделювання бактеріального ураження), інфікованої MRSA, 5% препарат на основі PVP-I проявляє значну бактерицидність через 1, 6 і 12 годин порівняно з контрольною групою (P < 0,05), тоді як мупіроцин мав бактерицидний ефект лише через 12 годин (P < 0,05). PVP-I є ефективним бактерицидним засобом для лікування інфекцій *S. aureus* включно із MRSA та штамми, стійкими до мупіроцину. Широкий спектр дії PVP-I, що охоплює віруси та грибки, і його активність проти утворення біоплівки відрізняє його від інших антисептиків (Anderson M.J. et al. 2015).

Широкий спектр активності повідон-йоду, здатність проникати через біоплівки, відсутність розвитку резистентності, протизапальні властивості, низька цитотоксичність і гарна переносимість є найважливішими факторами у виборі препаратів для пацієнтів педіатричного профілю. Крім ефективної дії щодо найпоширеніших патогенів розвитку піодермії у дітей, препарати на основі йоду мають здатність позитивно впливати на загоєння ран. Відповідно до рекомендацій провідних дерматологічних товариств розвинених країн, застосування топічних антисептиків включно із повідон-йодом розглядається як ефективний метод лікування неускладнених форм піодермії (Oakley A., 2021). Національні протоколи лікування також регламентують використання місцевих антисептичних засобів як препаратів першої лінії терапії при поверхневих бактеріальних ураженнях шкіри. Дієвим препаратом повідон-йоду на вітчизняному ринку є **Бетадин®** компанії «Егіс», який представлений різними фармакологічними формами, що дає змогу досягти комплаєнсу у лікуванні в усіх групах дітей. Бетадин® є комплексним препаратом йоду і полівінілпіролідону, що значно відрізняє дію іонів йоду від звичайного йодного розчину. При взаємодії препарату зі шкірою вивільнення активного йоду відбувається поступово, без ризику розвитку подразнення слизових, які є надзвичайно чутливими у дітей через близькість розташування кровоносних судин. Бетадин®, який представлений у формі розчину і мазі, забезпечує повільне та рівномірне виділення активної форми йоду та тривалий ефект. Вагомим фактором його ефективності порівняно з іншими антисептиками є те, що середовище запального процесу в шкірі (рівень pH, наявність білка, крові, ферментів) не впливає на дію препарату, що надзвичайно важливо при піодермії зі змішаною флорою, адже повідон-йод руйнує клітинні оболонки не лише бактерій, а й вірусів та грибів. Враховуючи, що ураження шкіри завжди супроводжуються ризиком грибкової контамінації, призначення препарату Бетадин® вирішує питання не лише ефективного лікування піодермії, а й профілактики рецидивів захворювання, що є критичним фактором в умовах високої вірогідності розповсюдження патогенів та зниження захисних механізмів бар'єра шкіри дитини.

Отже, правильна антимікробна політика, заснована на знанні моделей резистентності мікроорганізмів, які зазвичай виділяють, є обов'язковою, щоб запобігти хронічному лікуванню та подальшій появі мікроорганізмів, стійких до ліків. Застосування препарату Бетадин® є ефективним засобом боротьби з патогенами, які набули резистентності до широко використовуваних антибіотиків, і вирішує терапевтичну проблему не тільки стійкості, але і стимулює загоєння ран в умовах тривалого запального процесу та зниження захисних механізмів шкіри дитини.

Підготувала Катерина Пашинська



XXVI Сідельниковські читання: педіатрія України в умовах сучасності

Із 18 по 20 вересня 2024 р. відбулася XXVI Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання), присвячена 80-річчю кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Її програма охопила широке коло актуальних питань сучасної педіатрії. Конференція розпочалася із дводенного практикуму для лікарів. Ця частина заходу була присвячена прикладним аспектам педіатрії та включала розгляд клінічних випадків, сесії питань та відповідей. Провідні фахівці, серед яких професори Т.О. Крючко, О.М. Муквіч, О.П. Волосовець, С.О. Крамарьов та інші, представили доповіді з різних напрямків педіатрії. Обговорювалися такі важливі теми, як поведінкові та адаптаційні розлади у дітей в сучасних умовах, вітамін D як фактор ризику серцево-судинних хвороб, функціональні гастроінтестинальні розлади, сучасні підходи до лікування гострих захворювань органів дихання, актуальні вірусні інфекції та багато інших. 19 вересня відбулося урочисте відкриття конференції, після якого розпочалося пленарне засідання. На ньому були представлені ключові доповіді, що окреслили основні виклики та напрямки розвитку педіатрії в Україні.



Спільна доповідь директора ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», президента Асоціації педіатрів України, академіка НАМН України, доктора медичних наук, професора Юрія Геннадійовича Антипкіна та члена-кореспондента НАМН України, завідувача кафедри педіатрії

№ 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заслуженого діяча науки і техніки України, доктора медичних наук, професора Олександра Петровича Волосовця висвітлює актуальні проблеми, що постали перед педіатричною службою України в умовах пандемії COVID-19 та військової агресії і потребують негайного реагування й адаптації.

Безпрецедентні випробування, спричинені цим подвійним тягарем, суттєво вплинули на медико-демографічні показники та стан здоров'я дитячого населення країни. За останні роки спостерігається значне зменшення кількості дітей в Україні — із 7,5 мільйона до початку війни до нинішніх 5,5 мільйона. Це пов'язано не лише з міграцією, а й зі зниженням народжуваності на 30% порівняно з довоєнним періодом. Така демографічна ситуація суттєво позначається на системі охорони здоров'я, зокрема в контексті планування та розподілу ресурсів.

Значне занепокоєння викликає зростання захворюваності дітей, особливо на інфекційні хвороби та хвороби органів дихання. Статистика свідчить про збільшення випадків кашлюку, туберкульозу, кору та COVID-19. Зокрема, захворюваність на кашлюк зросла майже у шість разів порівняно з минулим роком. Ці тенденції нагадують про важливість посилення вакцинації та профілактичних заходів. Крім того, зростання захворюваності на туберкульоз, особливо серед підлітків, вказує на необхідність посилення скринінгових програм та покращення доступу до спеціалізованої медичної допомоги.

Структура захворюваності та смертності дітей першого року життя також зазнала змін. Збільшилася частка постнеонатальної смертності, переважно спричинена інфекційними захворюваннями та патологіями органів дихання. Отже, уваги потребують профілактика і лікування цих станів у немовлят. Важливо зазначити, що в деяких областях, зокрема Херсонській, показники дитячої смертності зросли в чотири рази порівняно із загальнодержавним рівнем, що свідчить про критичну ситуацію в регіонах, безпосередньо постраждалих від воєнних дій.

Значної уваги також потребує психічне здоров'я дітей. Згідно з дослідженнями, 44% дітей мають ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Спостерігається зростання кількості дітей з інвалідністю, причому 30% первинної інвалідності обумовлено розладами психіки та поведінки. Ця ситуація ускладнюється недостатньою кількістю дитячих психіатрів та психологів. Важливо розробити та впровадити комплексні програми психологічної підтримки, які б охоплювали не лише дітей, але й їхні сім'ї, а також підготувати педіатрів та сімейних лікарів

до раннього виявлення ознак психологічних проблем у дітей.

Уваги потребує і проблема ожиріння та нездорового способу життя серед дітей. Статистика свідчить, що 3% дітей мають ожиріння, а 8% дівчаток і 12% хлопчиків — надлишкову вагу. Близько 16% дітей щодня вживають солодкі газовані напої, а 48% не споживають щотижня фруктів та овочів. Ці дані вказують на необхідність посилення просвітницької роботи щодо здорового харчування та фізичної активності. Важливо розробити та впровадити національні програми з профілактики дитячого ожиріння, які б включали не лише медичні аспекти, але й освітні ініціативи в школах та дитячих садках.

Особливу увагу слід приділити впливові цифрових технологій на здоров'я дітей. Надмірне використання гаджетів призводить до гіподинамії, погіршення когнітивних функцій і проблем із психічним здоров'ям. Французькі дослідження фіксують зв'язок між раннім використанням екранних пристроїв та проявами невмотивованої агресії у дітей. У зв'язку з цим важливо розробити рекомендації щодо безпечного використання цифрових технологій дітьми різного віку та проводити просвітницьку роботу серед батьків та педагогів.

Система охорони здоров'я України стикається із серйозними кадровими проблемами. За останні три роки кількість дитячих лікарів зменшилася на 2 600 осіб. Особливо відчутна нестача вузьких спеціалістів, таких як дитячі неврологи, пульмонологи, інфекціоністи. Це позначається на доступності спеціалізованої педіатричної допомоги, передусім в прифронтових та окупованих територіях. Для вирішення цієї проблеми необхідно не лише збільшити набір студентів на педіатричні спеціальності, але й створити привабливі умови праці для молодих спеціалістів, особливо в регіонах із найбільшим дефіцитом кадрів.

Однак педіатрична служба України демонструє стійкість та здатність адаптуватися до складних обставин. Лікарі продовжують надавати високоякісну допомогу навіть в умовах обмежених ресурсів, проводять унікальні операції, розширюють неонатальний скринінг, що дає змогу виявляти рідкісні захворювання на ранніх стадіях. Зокрема, завдяки розширенню неонатального скринінгу вже виявлено 273 випадки рідкісних захворювань, серед яких 24 — спінальної м'язової атрофії.

Для подолання поточних проблем необхідно зосередитися на кількох ключових напрямках. По-перше, це відновлення та зміцнення системи вакцинації для запобігання спалахам інфекційних захворювань. Важливо не лише забезпечити доступність вакцин, але й проводити активну роз'яснювальну роботу серед населення щодо важливості імунопрофілактики. По-друге, необхідне посилення профілактичної роботи, особливо щодо здорового способу життя та психічного здоров'я дітей, яка включає розробку та впровадження комплексних програм, спрямованих на формування навичок здорового харчування, фізичної активності та психологічної стійкості у дітей різного віку.

Важливо також адаптувати систему педіатричної допомоги до нових реалій, враховуючи досвід інших країн. Наприклад, у багатьох європейських країнах педіатри у наданні первинної медико-санітарної допомоги мають ключове значення, особливо для дітей до п'яти років. Такий підхід може бути корисним і для України, особливо в умовах щораз складніших дитячих патологій. Крім того,

варто розглянути можливість розширення вікових меж педіатричної допомоги до 21 року, як це практикується в деяких країнах, що дасть змогу забезпечити більш плавний перехід від педіатричної до дорослої системи охорони здоров'я.

Особливу увагу слід приділити розвитку телемедицини та інших інноваційних підходів до надання медичної допомоги. В умовах обмеженого доступу до медичних закладів, передусім у прифронтових регіонах, телемедичні консультації можуть стати ефективним інструментом для забезпечення безперервності медичної допомоги. Важливо також розвивати мобільні медичні бригади, які могли б надавати допомогу в віддалених районах та місцях компактного проживання внутрішньо переміщених осіб.

У контексті зростання психологічних проблем серед дітей важливо розвивати міждисциплінарний підхід до надання допомоги. Це включає тісну співпрацю між педіатрами, психологами, соціальними працівниками та педагогами. Необхідно розробити та впровадити програми підготовки педіатрів з питань раннього виявлення та первинної підтримки дітей із психологічними проблемами, а також створити ефективну систему перенаправлення до спеціалізованих служб.

Важливим аспектом є також збільшення кількості наукових досліджень у галузі педіатрії, особливо щодо довгострокових наслідків впливу стресових факторів на здоров'я дітей. Це дасть змогу розробити більш ефективні стратегії профілактики та лікування, а також краще підготуватися до можливих майбутніх криз.

Зрештою, незважаючи на численні виклики, педіатрична служба України продовжує виконувати свою важливу місію. Подальший розвиток та зміцнення цієї галузі є критично важливими для забезпечення здорового майбутнього нації. Це потребує комплексного підходу, який включає не лише медичні аспекти, але й соціальні та освітні ініціативи, спрямовані на покращення загального добробуту дітей в Україні. Важливо, щоб ці зусилля координувалися на національному рівні, із залученням всіх зацікавлених сторін — від медичних працівників та науковців до політиків і громадських організацій. Лише такий комплексний підхід сприятиме забезпеченню стійкого розвитку педіатричної служби та покращенню здоров'я і якості життя українських дітей в довгостроковій перспективі.



Психологічним побічним діям у дітей під час війни в Україні присвятила свою доповідь доктор медичних наук, професор кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Оксана Валентинівна Виговська.

Воєнні конфлікти мають значний вплив на психічне здоров'я дітей, які стають свідками або жертвами бойових дій. Вони накопичують цілу низку несприятливих досвідів, що може призвести до довготривалих негативних наслідків для їхнього фізичного та психічного здоров'я. Насамперед діти стикаються із безпосередньою загрозою, яка діє на них або на відстані, і оцінюванням цієї загрози. Важливе значення у формуванні травматичного досвіду мають засоби масової

ку несприятливих досвідів, що може призвести до довготривалих негативних наслідків для їхнього фізичного та психічного здоров'я. Насамперед діти стикаються із безпосередньою загрозою, яка діє на них або на відстані, і оцінюванням цієї загрози. Важливе значення у формуванні травматичного досвіду мають засоби масової

інформації, які висвітлюють події війни та можуть створювати додаткову травматичну ситуацію для дітей.

Результати переживань війни у дітей можуть проявлятися у вигляді різноманітних розладів, таких як фобії, депресія, психосоматична патологія та залежності. Ці розлади часто важко діагностувати, оскільки діти не завжди говорять про свої проблеми, а батьки можуть не знати про їхнє існування. Статистичні дані свідчать, що близько 75% дітей, які зазнали наслідків воєнних дій, мають порушення сну, пам'яті, психоемоційної регуляції, у них виникає соціальна та психічна дезадаптація.

Важливо враховувати, що виникнення психічних розладів у дітей залежить від кількох факторів включно з віком, конкретною ситуацією та психологічними особливостями індивідуального реагування. Їхня психіка ще не повністю сформована, тому вони не здатні контролювати свій емоційний стан, схильні переважно до емоцій, а не до раціонального мислення. Це може призвести до формування патологічних реакцій та довгострокових наслідків для структури мозку, фізичного та психічного здоров'я дитини.

Дослідження, проведені в різних країнах, де відбувалися збройні конфлікти, показують, що діти, які були свідками війни, часто демонструють агресивну поведінку, погіршення успішності в школі, їм дошкуляють нічні жахи та інші симптоми психологічної травми. Важливо зазначити, що чим довший конфлікт, тим серйозніші симптоми спостерігаються у дітей. Це особливо актуально в контексті тривалих воєнних дій, коли діти виростають і переносять свої проблеми у доросле життя.

Згідно зі статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, внаслідок збройних конфліктів близько 10% людей, які пережили травматичну подію, матимуть довгострокові симптоми психологічної травми, а ще 10% демонструватимуть віддалені поведінкові зміни або психологічні розлади. Що стосується дітей, насамперед це тривожні, депресивні та психосоматичні розлади.

Особливо вразливою групою є підлітки, оскільки у них ще не сформовані або слабо розвинені механізми психологічного самозахисту. Згідно з Діагностичним і статистичним посібником із психічних розладів (DSM-5), основними діагностичними критеріями розладів, пов'язаних із травмою, є безпосереднє зіткнення зі смертю або загрозою життю, інтрузивні симптоми, стійке уникнення травматичних спогадів і нагадувань про подію, негативні зміни в думках і настрої, помітні зміни в реактивності.

Дослідження наслідків несприятливих ранніх дитячих переживань свідчать про чітку залежність між кількістю несприятливого досвіду, накопиченого дитиною, та ризиком виникнення негативних наслідків для здоров'я у дорослому віці. Цей негативний дитячий досвід призводить до виникнення цілої низки соціальних, емоційних та когнітивних розладів включно із ризикованою поведінкою, хворобами, інвалідністю, порушеннями соціальних зв'язків і, на жаль, ранньою смертю.

Дослідження психологічного статусу дітей, які перебували в зоні воєнного конфлікту на території Луганської та Донецької областей, виявило такі характерні симптоми, як астения, емоційна лабільність, напруга, підвищена психічна втомлюваність, головний біль, запаморочення. Майже кожна дитина мала соматичні скарги, підвищений рівень тривоги і депресії, порушення сну. Також спостерігалися порушення когнітивних процесів, зниження мотивації до навчання, агресія, занепад сил.

Важливо зазначити, що батьківський ПТСР або комплексний ПТСР значно впливають на формування ПТСР у дітей і вважаються одними із найсильніших предикторів підвищеного ризику педіатричного ПТСР. Це обумовлює важливість надання психологічної допомоги не тільки дітям, але і їхнім батькам.

Основними видами психотравм у дітей є шоківі (несподівані емоційні потрясіння короткочасного характеру), емоційні (порушення душевної рівноваги в особистій сфері) та травми під час народження чи розвитку. Вони можуть призвести до виникнення різних розладів: гострого стресового, посттравматичного стресового, пасивної травми, реактивного розладу прихильності, пригніченої соціальної активності та розладів адаптації.

Отже, для ефективної допомоги дітям, які пережили травматичні події війни, важливо розуміти особливості прояву стресу у різних вікових групах та застосовувати відповідні методи психологічної підтримки. Це може включати створення захисних стосунків, відновлення відчуття безпеки, стабілізацію психічного стану дитини, послаблення жорстких захисних механізмів, відновлення і зміцнення психологічних ресурсів дитини, а також використання різних методів арттерапії для символізації та інтеграції досвіду війни в нове життя дитини.

Проблемні питання стану та розвитку шкільної медицини, світові тренди та виклики сучасності у спільній доповіді розглянули **доктор медичних наук, професор Георгій Миколайович Даниленко, доктор медичних наук, професор Лариса Анатоліївна Страшок та кандидати медичних наук Тетяна Павлівна Сидоренко, Марина Юріївна Ісакова, Еліна Михайлівна Завеля і Максим Леонідович Водолажський із ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України» та Харківського національного медичного університету.**



Шкільна медицина напрочуд важлива в сучасному суспільстві, оскільки безпосередньо пов'язана з майбутнім дітей та їхнім здоров'ям. У закладах загальної середньої освіти діти та підлітки не лише отримують знання та соціальний досвід, а й проводять значну частину свого часу, розвиваються фізично та емоційно. Своєчасне надання медичних послуг у школі має вирішальне значення для збереження здоров'я юного покоління, створення оптимальних умов для формування та зміцнення здоров'я особистості, а також профілактики стійких патологічних станів.

Історія шкільної медицини бере свій початок у XIX столітті. Засновником вітчизняної шкільної гігієни вважають Фрідріха Ерісмана, що відомий своєю «партою Ерісмана». Ці традиції в XX столітті продовжили Микола Антонович Кудрицький та Володимир Якович Підгаєцький. До 1917 р. в Харкові, наприклад, існувала розвинена система шкільної медицини, де посада лікаря в гімназії була престижною та високооплачуваною.

Із 1922-го по 1935 р. в Україні питання охорони здоров'я школярів та підлітків набуло особливої актуальності. У Харкові було відкрито Інститут охорони материнства та дитинства, який і досі займається питаннями шкільної медицини. Згідно зі стратегією ВООЗ на 2015-2020 рр. та глобальною стратегією охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків на 2016-2030 рр., у 2018-2020 рр. було проведено проєкт оцінки моделі здоров'я дітей у 30 країнах ЄС.



Цей проєкт був спрямований на визначення оптимальних моделей первинної медичної допомоги дітям і підліткам, зокрема в контексті шкільної медицини (School Health Service) та охорони здоров'я підлітків (Adolescence Health Service). Його мета – вивчення характеристик організації, обслуговування та пріоритетів у охороні здоров'я в різних моделях медичної служби Європейського Союзу, оцінювання впливу та результатів різних моделей шкільних медичних послуг для дітей від чотирьох років і підлітків, а також витрат на шкільні медичні послуги.

У результаті дослідження було визначено три кластери щодо моделі надання медичної допомоги в школі: широка і помірна національна політика та обмежена політика. Країни ЄС майже рівномірно розподілилися між цими кластерами. Широка національна політика щодо шкільної медицини наявна в таких країнах, як Болгарія, Хорватія, Фінляндія, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Швеція та Англія з Північною Ірландією. У двох країнах – Чехії та Іспанії – шкільна медицина взагалі відсутня.

Особливості шкільної медичної служби в європейських країнах включають спільну розробку змісту, обсягу, кадрового забезпечення та фінансування між національними та місцевими органами влади, міністерствами освіти та охорони здоров'я. У більшості країн немає суттєвих відмінностей між регіонами та за національною ознакою. Шкільні медичні послуги можуть базуватися безпосередньо в навчальному закладі, бути окремою структурою в системі охорони здоров'я або надаватися постачальниками первинної медичної допомоги.

Гарантія якості в шкільній медицині забезпечується за допомогою клінічних рекомендацій, нормативів та стандартів, які у більшості країн є національними та відповідають критеріям, сформульованим ВООЗ у 2014 р. У половині

країн існують національні рекомендації щодо надання комплексної допомоги школярам, а також правила обміну інформацією та офіційні угоди про співпрацю між різними службами.

У переважній більшості країн шкільні медичні послуги надає багатопрофільна команда медичних працівників, до якої входять шкільна медсестра, шкільний лікар та інші медичні фахівці. Однак лише в 30% країн працівники шкільної медицини мають відповідну спеціалізацію, а в 50% країн для працевлаштування потрібна спеціальна підготовка.

Важливим аспектом шкільної медицини є профілактична робота. У більшості країн проводять скринінг фізичного здоров'я, виявлення розладів психічного здоров'я, перевірку гостроти зору та стану зубів. Крім того, здійснюють щеплення, надають направлення до відповідних спеціалістів залежно від захворювання, інфекційний та гігієнічний контроль, навчають поведінку в надзвичайних ситуаціях. У 75% країн проводиться національна політика щодо сприяння здоров'ю, де здорове середовище для життя, навчання та роботи вважається пріоритетним.

В Україні ситуація зі шкільною медициною потребує вдосконалення. У 2021 р. було ухвалено постанову Кабінету Міністрів про затвердження порядку здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти, згідно з якою медичне обслуговування здійснюють медичні працівники, які входять до штату закладу. Однак функціональні обов'язки шкільного медичного персоналу значно обмежені порівняно з попередніми роками, а багато функцій перекладено на плечі первинної ланки – сімейних лікарів та педіатрів.

Для оптимізації та підвищення ефективності надання послуг шкільної медицини в Україні пропонується низка заходів. Зокрема, необхідно на законодавчому рівні встановити визначення понять «підліток» та «підлітковий вік», адаптувати стандарти надання медичної допомоги школярам відповідно до рекомендацій ВООЗ, створити координаційний орган із питань шкільної охорони здоров'я. Важливо розробити алгоритм організації медичного супроводу допризовної молоді мультидисциплінарною командою фахівців, визначити обсяг та методи надання профілактичних і лікувальних заходів щодо ментального здоров'я.

Крім того, необхідно створити науково обґрунтований перелік медичних показань і протипоказань не лише щодо прийому на роботу підлітків, а й стосовно зарахування на професійне навчання. Важливим є запровадження програм безперервного професійного розвитку для медичних працівників закладів освіти та відновлення належної функціональної державної централізованої системи збирання, обробки і аналізу медичної та статистичної інформації в Міністерстві охорони здоров'я.

Особливої уваги потребують відновлення спеціальності «підліткова терапія» та її перейменування відповідно до міжнародних стандартів на «підліткову медицину». А фахівці повинні володіти компетентностями щодо особливостей фізіології та патології підліткового віку і мати розвинені комунікативні навички для ефективної взаємодії з цією віковою групою.

Отже, розвиток та вдосконалення системи шкільної медицини є важливим завданням для України на шляху до забезпечення здоров'я та благополуччя молодого покоління. Впровадження кращих європейських практик та їхня адаптація до українських реалій стимулюватиме створення ефективної системи медичного обслуговування школярів, що сприятиме формуванню здорового способу життя та профілактиці захворювань серед дітей та підлітків.

Під час конференції відбулися секційні засідання з різних напрямків педіатрії: гастроентерології, нутріціології, неонатології, алергології, інфектології, пульмонології, кардіології та орфанної патології, де провідні фахівці представили новітні дослідження та поділилися практичним досвідом у своїх галузях.

Особливу увагу було приділено питанням викладання педіатрії у закладах вищої освіти.

Завершилася конференція навчально-методичною нарадою «Актуальні питання викладання педіатрії у закладах вищої освіти», де обговорювалися особливості підготовки педіатрів в умовах війни, психологічні аспекти навчання студентів-медиків, нові методологічні підходи до викладання педіатрії та моніторинг якості освіти.

Така різноманітна та насичена програма дала змогу охопити найбільш актуальні питання сучасної педіатрії та забезпечила учасників конференції цінною інформацією для подальшого професійного розвитку.

Підготувала **Анна Сочнева**

Карієс тимчасових зубів

Стандарт медичної допомоги

Ранній дитячий карієс (РДК) уражає зуби дітей віком до шести років. Згідно з дослідженням Global Burden of Disease Study 2017 р., понад 530 млн дітей у всьому світі мають карієс тимчасових зубів (КТЗ). Однак, оскільки тимчасові зуби внаслідок росту дитини випадають, РДК раніше не вважали важливим. Проте він чинить несприятливий вплив на постійні зуби і позначається на загальному стані здоров'я та якості життя дитини. Лікарі різних спеціальностей, зокрема лікарі-стоматологи дитячі, лікарі-стоматологи та гігієністи зубні, мають бути обізнані щодо основних чинників ризику та клінічних проявів КТЗ із метою проведення його профілактики, ранньої діагностики, неінвазивних та інвазивних методів лікування для запобігання розвитку ускладнень, що можуть становити загрозу для життя дитини.

Загальна частина

Діагноз: Карієс тимчасових зубів.

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: K02 Карієс зубів.

Розділ I. Організація надання медичної допомоги під час лікування пацієнтів із КТЗ

Положення стандарту медичної допомоги. Діагностика та лікування КТЗ здійснюються у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану стоматологічну медичну допомогу дітям. Заходи медичної просвіти стосовно профілактики КТЗ можуть відбуватись у дитячих дошкільних установах та загальноосвітніх навчальних закладах.

Лікування КТЗ здійснює лікар-стоматолог дитячий. Після проведеного лікування потрібно визначити терміни подальшого динамічного спостереження за дитиною, батькам/опікунам слід надати інформацію стосовно корекції харчування дитини та провести інструктаж щодо домашнього індивідуального гігієнічного догляду за її ротовою порожниною з метою профілактики появи нових каріозних уражень.

Лікувально-профілактична стоматологічна допомога дітям надається з урахуванням їхніх вікових психофізіологічних особливостей, вона передбачає взаємодію з дитиною та батьками/особами, які доглядають за нею.

Обґрунтування. Показники поширення КТЗ в Україні є високими: у трирічних дітей в різних регіонах вони становлять від 18,32% до 89,17%, у п'ятирічних дітей – від 52,17% до 100% і досягають майже 100% у старших дітей в період змінного прикусу.

Оцінка чинників ризику, планування і вчасне проведення профілактичних, лікувальних заходів та організація подальшого динамічного спостереження важливі для забезпечення досягнення сприятливого результату в цій категорії пацієнтів.

Організація надання медичної допомоги під час лікування КТЗ, особливо у дітей дошкільного віку, становить певні труднощі через стрес і страх перед стоматологічним втручанням, тому налагодження співпраці з дитиною має дуже важливе значення, оскільки може суттєво впливати на результати лікування.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1. Існують локально узгоджені документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів із КТЗ.

2. Існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, що містить дані щодо діагнозу пацієнта, плану обстеження та лікування, узгоджений із членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд за пацієнтом, і, за можливості, з пацієнтом.

3. Пацієнт і члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, перебігу захворювання, плану обстеження, лікування і подальшого спостереження, навчання навичкам, необхідним для поліпшення результатів лікування, і контактів для отримання додаткової інформації та консультацій.

Бажані

4. Надавачі медичних послуг в доступних для пацієнтів місцях розміщують інформаційні матеріали щодо чинників ризику розвитку КТЗ, методів його профілактики та лікування, заходів індивідуального гігієнічного догляду за ротовою порожниною у дітей різного віку.

Розділ II. Діагностика КТЗ

Положення стандарту медичної допомоги. Діагноз КТЗ встановлюють на підставі збору анамнезу, аналізу індивідуальних чинників ризику, оцінки клінічних проявів захворювання та проведення диференційної діагностики. У більшості дітей діагноз КТЗ може бути встановлений на підставі клінічного обстеження ротової порожнини. Обсяг подальших діагностичних заходів, які можуть бути необхідні для диференційної діагностики, залежить від індивідуальних особливостей перебігу КТЗ з урахуванням анамнезу захворювання, аналізу чинників ризику та ступеня взаємодії з дитиною. Для диференційної діагностики КТЗ методами вибору є рентгенологічне дослідження (РД), тест на чутливість пульпи за можливості адекватної реакції на нього дитини.

Обґрунтування. КТЗ часто може призводити до розвитку ускладнень, таких як запалення та/або некроз пульпи, розвиток періапикальних абсцесів та гострих запальних процесів щелепно-лищевої ділянки, що можуть становити загрозу для життя дитини.

РД необхідне для точної та диференційної діагностики КТЗ і його ускладнень, оскільки їхній розвиток у тимчасових зубах відбувається швидко, нерідко без виражених симптомів, і часто такі ускладнення можуть виявлятися лише завдяки РД. РД з метою диференційної діагностики карієсу та його ускладнень призначають обґрунтовано для конкретного випадку, якщо існує висока ймовірність, що РД надасть інформацію, яка позитивно вплине на вибір методу лікування.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1. Діагностика КТЗ передбачає збір анамнезу, аналіз індивідуальних чинників ризику, оцінку клінічних ознак, додаткові методи дослідження у разі потреби.

2. Збір анамнезу та оцінка індивідуальних чинників ризику спрямовані на прогнозування перебігу КТЗ (швидкість розвитку, множинність ураження), що визначає персоналізовану тактику профілактики та лікування.

3. Огляд дитини спрямований на першочергове виявлення ранніх клінічних проявів КТЗ, зокрема ділянок демінералізації емалі. За наявності каріозних порожнин із локалізацією в дентині визначають глибину ураження та, якщо треба, призначають додаткові методи дослідження для проведення диференційної діагностики.

4. З метою діагностики прихованого аппроксимального карієсу тимчасових молярів необхідно провести РД з отриманням так званих прикусних знімків (bitewing x-ray) із застосуванням позиціонерів, що дають змогу проаналізувати на одному знімку стан коронкових частин верхніх і нижніх молярів з одного боку.

5. З метою оцінки стану пульпи (у дітей молодшого шкільного віку) може бути проведений тест на визначення чутливості пульпи (холодовий тест) за умови адекватної реакції на нього дитини.

Бажані

6. Динамічне спостереження за дитиною має охоплювати повторні визначення чинників ризику виникнення, розвитку і прогресування КТЗ, уточнення приналежності дитини до певної групи ризику і корекцію лікувально-профілактичних заходів відповідно до виявлених змін.

7. Для забезпечення можливості детального огляду каріозних уражень, особливо за умови неспокійної поведінки дитини, а також для первинного та подальшого документування етапів надання медичної допомоги в пацієнта з РДК рекомендоване використання клінічних фотографій, що дають змогу краще діагностувати і контролювати перебіг початкових форм карієсу, оцінювати візуально якість реставрацій.

Розділ III. Лікування КТЗ

Положення стандарту медичної допомоги. Лікування дітей із КТЗ полягає у профілактичній обробці інтактних зубів фторумісними лаками/гелями, герметизації фісур тимчасових молярів; препаруванні та пломбуванні каріозних порожнин склоіономерними цементами, композиційними пломбувальними матеріалами, композитними металевими або естетичними коронками (стандартними металевими або естетичними коронками). Потрібні рекомендації з корекції харчування, призначення раціональних засобів гігієнічного догляду за ротовою порожниною, зокрема фторумісних зубних паст (та фторумісних ополіскувачів після шести років), проведення інструктажу дитини та батьків/опікунів щодо правил їхнього використання та періодичний контроль стану гігієни ротової порожнини дитини.

Після проведеного лікування КТЗ необхідне динамічне спостереження за дитиною в терміни, визначені на підставі оцінки індивідуального ризику карієсу.

Обґрунтування. КТЗ розвивається після їхнього прорізування та може уражати зуби на різних етапах розвитку: формування кореня, стабілізації, резорбції. Якщо початкові прояви КТЗ, такі як вогнищева демінералізація емалі або карієс в межах емалі, не становлять серйозної загрози для зуба та мають позитивний прогноз, то розвинені його прояви, що супроводжуються утворенням каріозної порожнини різної глибини в дентині, є станом, подальший прогноз для якого залежить від правильної та диференційної діагностики, вибору адекватного методу лікування та якісного його виконання.

Основними ускладненнями КТЗ є запалення та/або некроз пульпи, періапикальні абсцеси, гострі запальні процеси щелепно-лищевої ділянки, що можуть становити загрозу для життя дитини. Раннє виявлення та якісне лікування КТЗ запобігають розвиткові ускладнень.

Коли дитині з КТЗ планують лікування, що може супроводжуватися виникненням більового відчуття, рекомендовано здійснювати контроль болю за допомогою місцевої анестезії або загального знеболювання.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1. Покриття герметиками ямок і фісур на тимчасових молярах може зменшити розвиток і прогресування нових каріозних уражень дентину. Різні типи герметиків мають свої переваги, але склоіономерні герметики менш вибагливі до техніки використання та контролю вологості, тому підходять для застосування у маленьких дітей.

2. Рекомендовано регулярне застосування лаку з 5% фториду натрію для запобігання розвитку нового КТЗ, воно може сприяти ремінералізації ранніх ушкоджень емалі. Оскільки медичний працівник контролює кількість використовуваного фторумісного лаку, фторлак вважають місцевим фторумісним засобом вибору для професійного застосування. Для підтримки ефективності необхідні регулярні застосування фторумісного лаку кожні три-шість місяців.

Обов'язковою гігієнічною процедурою, що забезпечує профілактику КТЗ, є щоденне чищення зубів зубною пастою, що містить фторид (1000-1450 ppm).

3. Інфільтрацію полімером (смолою) застосовують для зупинки прогресування інтерпроксимальних каріозних уражень емалі без утворення порожнини. Можливе також застосування цього методу на гладеньких поверхнях зубів. Після полімеризації смола служить бар'єром для кислот та запобігає подальшому прогресуванню каріозного ураження і утворенню каріозної порожнини.

4. Якщо потрібна реставрація зруйнованих карієсом тимчасових зубів, перевагу слід віддавати використанню малоінвазивних методів, таких як атравматичне відновне лікування (АВЛ) із застосуванням адгезивних матеріалів, таких як склоіономерний цемент (СІЦ). Ці методи не потребують місцевої ін'єкції анестетика і, як менш інвазивні, є більш прийнятними з огляду на необхідність достатньої кооперації під час роботи з дитиною. Збереження АВЛ-реставрацій із високов'язкого склоіономеру на одній поверхні тимчасового зуба є високим, і його можна порівняти з реставрацією, виконаною за допомогою традиційного підходу.

5. Склоіономерні цементи, модифіковані полімером (СІЦМП), із кислотно-лужною полімеризацією, доповненою полімеризацією світлового затвердіння, продемонстрували свою ефективність як реставраційний матеріал для тимчасових зубів. Доцільним є використання СІЦМП у порожнинах класів I і II малого та середнього розміру.

Композиційні пломбувальні матеріали можуть бути використані для реставрацій тимчасових зубів із порожнинами класів I та II. Адгезиви для емалі та дентину зменшують крайове профарбовування.

Компомери можуть бути альтернативою для інших реставраційних матеріалів у тимчасових зубах у реставраціях класів I та II.

6. Стандартні металеві коронки (СМК) показані для реставрації тимчасових зубів із поширеним карієсом, декальцифікацією шийки зуба або з дефектами розвитку

(гіпоплазією, гіпокальцифікацією), протипоказаннями до застосування інших реставраційних матеріалів, після пульпотомії або пульпектомії. Їх частіше використовують у пацієнтів, які мають високий ризик розвитку карієсу, та коли лікування проводять під седацією або загальною анестезією.

7. Повна реставрація коронкової частини тимчасових різців може бути застосована у разі, коли карієс виявляють на багатьох поверхнях, із залученням різцевого краю, має місце значна декальцифікація шийки зуба, показане лікування пульпіту, гігієна ротової порожнини дуже погана або поведінка дитини надзвичайно ускладнює контроль вологи (у двох останніх випадках карієс може бути незначним). Для реставрації фронтальних зубів можуть бути використані індивідуально виготовлені цирконієві коронки, які є міцними, естетичними та біосумісними. Менш ефективним і більш трудомістким є метод прямої композитної реставрації із застосуванням знімних ковпачків або без них.

8. Після проведеного лікування КТЗ дитини та її батькам/законним представникам надається інформація щодо плану подальшого динамічного спостереження відповідно до індивідуально визначеного ризику, а також рекомендації стосовно домашнього гігієнічного догляду за ротовою порожниною дитини, зокрема щодо необхідності чистити зуби двічі на день фторумісною зубною пастою; додаткового застосування фторумісних ополіскувачів дітям віком понад шість років із високим ризиком карієсу; корекції дієти з обмеженням вживання цукровмісних продуктів.

Бажані

9. Лікування КТЗ із використанням композиційних пломбувальних матеріалів бажано проводити із застосуванням кофердама.

10. Проміжне терапевтичне лікування (ПТЛ) може застосовуватися у дуже маленьких пацієнтів, неконтактних або з особливими медичними потребами, для яких традиційне препарування порожнини або проведення

традиційних реставрацій неможливі або їх потрібно відкласти. Проміжна терапевтична реставрація (ПТР)/АВЛ із застосуванням високов'язких СІЦ може бути використана як одноповерхнева тимчасова реставрація.

ПТР може використовуватися для контролю карієсу в дітей із множинними відкритими каріозними ураженнями до остаточної постійної реставрації зубів.

11. Неповне видалення карієсу, часткова (одноетапна) або поетапна (двоетапна) екскавация тимчасових зубів із нормальною пульпою або оборотним пульпітом призводять до меншого оголення пульпи та меншої кількості ознак і симптомів захворювання пульпи, ніж повна екскавация. Неповне видалення карієсу слід розглядати як доцільне у тимчасових зубах із глибоким карієсом і нормальним станом пульпи або оборотним пульпітом, коли повне видалення карієсу може призвести до оголення пульпи.

Індикатори якості медичної допомоги

Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам із КТЗ, клінічного маршруту пацієнта (КМП).

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного КМП у регіоні. Якість медичної допомоги хворим із КТЗ, відповідність її надання вимогам КМП, відповідність КМП чинному Стандарту медичної допомоги цим індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу зазначених аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Дані надаються ЗОЗ, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 14.03.2024 № 435.

Дата оновлення стандарту – 2029 р.

Текст адаптовано та уніфіковано відповідно до стандартів Тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України». Повний текст за посиланням: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/03/smd_435_14032024.pdf





Наш сайт



Наша сторінка Facebook



Health-ua.com

Спеціалізований медичний портал

**Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!**







Сучасні стратегії менеджменту респіраторних та вірусних захворювань у педіатричній практиці

За матеріалами XXVI Сідельниковських читань

Осінній період традиційно характеризується підвищенням захворюваності на респіраторні інфекції серед дітей. Це пов'язано з їхнім поверненням до організованих колективів, таких як школи і дитячі садки, де створюються сприятливі умови для швидкого поширення вірусних та бактеріальних патогенів. Зниження температури повітря і підвищення вологості додатково сприяють активації мікроорганізмів, що призводить до зростання кількості випадків гострих респіраторних захворювань, тонзилітів, фарингітів та риносинуситів. В межах XXVI Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії», присвяченій пам'яті члена-кореспондента НАН, АМН України, професора В.М. Сідельникова (Сідельниковські читання), провідні експерти галузі педіатрії поділилися власним досвідом менеджменту педіатричних пацієнтів з інфекційними захворюваннями.



Доктор медичних наук, професор Інга Олександрівна Мітюряєва-Корнійко, завідувачка кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, представила доповідь «Хронічний тонзиліт: чи існує діагноз в педіатричній практиці?».

Хронічний тонзиліт залишається актуальною проблемою в педіатричній практиці з огляду на його високу поширеність серед дитячого населення. За сучасними даними, частота хронічного тонзиліту сягає 15% у загальній популяції, а серед дітей цей показник наближається до 50%.

Для хронічного тонзиліту характерний патологічний стан піднебінних мигдаликів, що супроводжується системною інтоксикацією організму. Патогенез захворювання включає пригнічення неспецифічних факторів природної резистентності та порушення гуморальної й клітинної ланки імунітету.

Міжнародно визнані основні клінічні ознаки хронічного тонзиліту:

- казеозні пробки або рідкий гній у лакунах мигдаликів;

- гіперемія країв передніх дужок (симптом Гізе);
- набряк у місці з'єднання передніх і задніх піднебінних дужок (симптоми Зака, Преображенського);
- рихлі або гіпертрофовані мигдалики/рубцеві спайки між мигдаликами і піднебінними дужками;
- збільшення регіональних лімфатичних вузлів (валик Корицького).

До додаткових діагностичних критеріїв належать наявність неприємного запаху з рота (халітоз) та анамнестичні дані: мінімум три епізоди гострої інфекції горла протягом останнього року або два епізоди щороку протягом останніх двох років.

Сучасні дослідження підтверджують, що формування бактеріальних біоплівки спостерігається при 80% бактеріальних інфекцій, а при хронічному тонзиліті цей показник сягає 71%. Крім того, встановлено можливість персистенції вірусу SARS-CoV-2 у мигдаликах після перенесеного COVID-19, що може сприяти хронізації процесу.

Ускладнення хронічного тонзиліту включають місцеві прояви та системні порушення. Токсико-алергічні ураження можуть зачіпати практично всі органи і системи, призводячи до розвитку аутоімунних процесів. Доведено вплив тонзилитних порушень на функціонування внутрішніх

органів та нервової системи через зміни в гіпоталамо-гіпофізарній осі. Важливо зазначити про вплив хронічного тонзиліту на нейроендокринну систему, що може призводити до погіршення перебігу цукрового діабету та зниження репродуктивної функції.

Діагностика хронічного тонзиліту в педіатричній практиці залишається проблемною через відсутність чітких критеріїв у класифікаторах первинної медичної допомоги. Це ускладнює своєчасне виявлення та лікування захворювання педіатрами та сімейними лікарями.

Консервативне лікування хронічного тонзиліту спрямоване на зменшення кількості епізодів загострень, запобігання ускладненням та покращення якості життя пацієнтів. Сучасні підходи до терапії передбачають використання комплексних препаратів із протизапальною, імуномодулюючою, лімфодренажною та репаративною дією.

Одним із ефективних засобів у лікуванні хронічного тонзиліту є препарат **Тонзилотрен**. Цей комплексний препарат містить п'ять природних компонентів, які синергічно доповнюють дію один одного у лікуванні і гострого, і хронічного тонзиліту. Тонзилотрен має комплексну патогенетичну дію, яка реалізується за чотирма основними напрямками:

- системна та місцева протизапальна терапія;
- імуномодулююча дія;
- лімфодренажний ефект;
- репаративна дія.

Клінічні дослідження демонструють високу ефективність Тонзилотрену. Зокрема, його застосування знижує частоту повторних епізодів гострого тонзиліту та зменшує потребу у застосуванні антибіотиків. Крім того, при хронічному тонзиліті, навіть ускладненому тонзилокардіальним синдромом, після трьох курсів лікування Тонзилотреном спостерігається зменшення носійства в носоглотці збудників різноманітних стрептококів.

Важливо зазначити, що Тонзилотрен показав позитивний вплив на динаміку показників кардіограми у дітей із тонзилокардіальним синдромом при хронічному тонзиліті після проведення трьох курсів профілактично-протирецидивного лікування.

Міжнародне багатоцентрове дослідження, проведене за участю восьми центрів з України, Іспанії та Німеччини, засвідчило терапевтичну ефективність та безпеку Тонзилотрену у пацієнтів віком від шести до 60 років. Результати цього дослідження, опубліковані в міжнародних журналах, індексованих у Scopus, підтвердили здатність препарату достовірно знижувати кількість та ризик виникнення повторних епізодів гострого тонзиліту більш ніж удвічі, а також зменшувати потребу в застосуванні антибіотиків при повторних гострих інфекціях майже в 3,5 рази.

Рекомендовані схеми застосування Тонзилотрену:

- при гострому тонзиліті: курс лікування 10-14 днів, можливе застосування як монотерапії або в комбінації з іншими препаратами. Для досягнення профілактичного ефекту проти рецидивів рекомендовано продовжити лікування до шести тижнів;
- при хронічному тонзиліті: оптимальна схема передбачає прийом препарату протягом двох місяців, потім два місяці перерви. Рекомендоване проведення трьох таких курсів протягом року.

Отже, Тонзилотрен є ефективним патогенетичним препаратом базисної терапії тонзиліту, який може застосовуватися на будь-якій стадії лікування та реабілітації. Його використання дає змогу

значно покращити ефективність лікування хронічного тонзиліту у дітей, знизити частоту загострень та зменшити ризик розвитку ускладнень.



Доктор медичних наук, професор Олена Костянтинівна Колоскова, завідувачка кафедри педіатрії та інфекційних дитячих хвороб Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці), у своїй доповіді «Невирішені питання гострого тонзилофарингіту у світі: огляд сучасних міжнародних рекомендацій» розглянула особливості діагностики та лікування гострого тонзилофарингіту у дітей.

Гострий тонзилофарингіт залишається актуальною проблемою в педіатричній практиці, його частка серед амбулаторних відвідувань сягає до 5%. Основними збудниками є віруси (аденовірус, вірус Епштейна – Барр, вірус Коксаки), проте бета-гемолітичний стрептокок групи А (БГСА) є єдиним показанням до призначення антибіотиків. Частота виділення БГСА як причини гострого тонзилофарингіту не перевищує 25%, але варіює залежно від віку пацієнта.

Сучасні дослідження демонструють, що навіть у дітей до трьох років частота виділення БГСА може досягати 28%. Стратегії діагностики та лікування гострого тонзилофарингіту мають відмінності в різних країнах та регіонах. Виділяють три основні підходи:

- I група. Рекомендації ВООЗ та більшості європейських країн: проведення етіологічної діагностики для запобігання ускладнень, пов'язаних із ревматизмом;
- II група. Британські, німецькі та нідерландські настанови: враховуючи низьку поширеність ревматичної лихоманки, антибіотики призначаються лише у виняткових випадках;
- III група. Австралія та країни Океанії: підхід залежить від груп ризику, зокрема етнічної приналежності.

Діагностика БГСА за допомогою швидких стрептотестів рекомендована американськими, іспанськими та французькими дослідниками для дітей старших трьох років із клінічними проявами, подібними до стрептокової ангіни. Для зменшення хибнопозитивних результатів рекомендовано використовувати клінічні шкали оцінки, такі як шкала Centor або McIsaac.

Щодо призначення антибіотиків, більшість європейських та американських настанов пропонують їх застосовувати у дітей із позитивним мікробіологічним тестом. У регіонах із середнім і високим ризиком ревматизму ВООЗ та Канада рекомендують призначати антибіотики дітям із оцінкою 3-4 бали за шкалою Centor без мікробіологічного підтвердження.

Вибір антибіотиків зазвичай узгоджений між різними настановами. Препаратами першої лінії є пеніциліни, зокрема амоксицилін. При низькій прихильності до лікування рекомендовані парентеральні форми пеніциліну G. Препаратами другої лінії є цефалоспорины першого покоління, а як альтернатива використовуються макроліди та кліндаміцин. Тривалість антибіотикотерапії зазвичай становить 10 днів, хоча в країнах із низьким ризиком ревматичної лихоманки допускається скорочення курсу до 5-7 днів.

Альтернативна терапія, яка не є специфічною для БГСА, рекомендована для пацієнтів із нестрептококовим гострим тонзилофарингітом. Серед таких препаратів виділяють Умкатор та Тонзилотрен.

Умкатор (EPs® 7630) — це стандартизований екстракт із коренів південноафриканської герані *Pelargonium sidoides*. Цей препарат рекомендований Американським товариством сімейних лікарів для лікування застуди. Механізм дії Умкатору включає противірусну активність,

ТОНЗИЛОТРЕН БАЗИСНА ТЕРАПІЯ ТОНЗИЛІТУ



- Знімає запалення та біль^{1,2,3}
- Відновлює захисну функцію мигдаликів^{1,2}
- Зменшує ризик повторних ангін та потребу у застосуванні антибіотиків^{1,2}



ДІЗНАТИСЯ БІЛЬШЕ



1. Jurgen Palma et al. Effectiveness of an add-on treatment with the homeopathic medication Siltro-5-90 in recurrent tonsillitis: An international, pragmatic, randomized, controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* Volume 28, August 2017, 181-191. 2. Kopytska I. D., et al. Результати клінічних досліджень у дітей з рецидивуючим тонзилітом і хронічним тонзилітом [Results of clinical studies on the use of Tonzilotren in children with chronic tonsillitis]. *Дітячий лікар*. 2010, 5(7), 54-58. (In Russian). 3. Franke K.-H., Timon G., Zabalotny D.I. Homöopathie bei Kindern mit Streptokokken-freier Tonsillitis (Homöopathie in children with non-streptococcal tonsillitis). *Der Kassenarzt* 2006; 6: 40-42. (In German). 4. Промиселюк у номінації «Ліки біля вогнища» у 2021 р. за результатами народного голосування в рамках Всеукраїнського національного проєкту «Українська народна прера». Інформація про лікарський засіб для медичних та фармацевтичних працівників для застосування у професійній діяльності. Перед застосуванням обов'язково ознайомитися з інструкцією. Зберігати в недоступному для дітей місці. Є протипоказання та побічні ефекти. Тонзилотрен виробляє: РПІ ПА/3781/01/01 невідомої термін дії з 30.07.2020. Виробник: Доїче Хомеопаті-Уніон ДУХ-Арцаймтель ГмбХ & Ко. КГ / Др. Густав Клайн ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина. Ексклюзивний дистрибутор: ПрАТ «Натурфарм», вул. Лиска, 30а, м. Київ, Пушча-Водичка, 04075; телефон: (044) 401-81-03. Ексклюзивний представник в Україні: «Кальон Фарма АР» (Арден Фарма АО), Берг, Швайцарія. Якщо Ви хочете повідомити про замовлення тобтої реакції і/або накласти запитання стосовно медичної інформації і/або скарги на якість лікарського засобу Тонзилотрен, будь ласка, надішліть листа на електронну адресу: pharma@vitaliance-ua.com

антибактеріальну дію, секретомоторний ефект та імуномодуючу дію. Він інгібує реплікацію вірусів, стимулює вироблення інтерферону, підвищує активність природних кілерних клітин, пригнічує адгезію бактерій до епітеліальних клітин та стимулює фагоцитоз.

Тонзилотрен — це комплексний гомеопатичний препарат, який широко використовують у лікуванні тонзиліфарингітів. До його складу входять *Atropinum sulfuricum*, *Hepar sulfuris*, *Kalium bichromicum*, *Silicea* та *Mercurius bijodatus*. Ці компоненти в комплексі сприяють зменшенню запалення, попереджають нагноєння, зменшують набряк слизової оболонки та в'язкість слизу, підвищують опірність організму до інфекцій та мають антисептичну дію.

У дослідженні, проведеному на базі відділення крапельних інфекцій Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні, взяв участь 51 госпіталізований пацієнт із гострим тонзиліфарингітом середньої тяжкості та важкого перебігу. У кожній третій дитини був підтверджений бета-гемолітичний стрептокок за допомогою швидких стрептотестів.

Пацієнти випадковим методом були розподілені на дві клінічні групи: основна група, яка в комплексному лікуванні отримувала комбінацію Умкалор та Тонзилотрен у вікових дозах згідно з інструкціями до медичного застосування, та група порівняння, що в аналогічній комплексній терапії не отримувала вищенаведеної комбінації.

Виявилося, що комбінація Умкалору з Тонзилотреном значно покращує результати лікування. На третю добу спостерігалася клінічно достовірне покращення стану пацієнтів. Комбінація знижувала ризик збереження високої концентрації прозапальних цитокінів та С-реактивного білка. Тривалість лікування була коротшою у пацієнтів основної групи майже на три доби. У катанезі діти із цієї групи рідше хворіли на респіраторні захворювання та мали меншу частоту повторних епізодів тонзиліфарингіту.

Отже, комбінація Умкалору з Тонзилотреном демонструє значні переваги у лікуванні гострого тонзиліфарингіту у дітей і стрептококової, і нестрептококової етіології. Цей підхід може бути ефективною альтернативою антибіотикотерапії, особливо в контексті проблеми антибіотикорезистентності.



Тему менеджменту педіатричних пацієнтів із гострим риносинуситом (ГРС) у своїй доповіді розглянув доктор медичних наук, професор **Анатолій Лук'янович Косаковський**, завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національного університету охорони здоров'я України (НУОЗУ) імені П.Л. Шупика. Він наголосив, що ГРС залишається актуальною проблемою в педіатричній практиці, яка потребує особливої уваги та диференційованого підходу до діагностики та лікування.

ГРС є поширеним захворюванням у педіатричній практиці, що характеризується запаленням слизової оболонки носа та приносних пазух. Основними його симптомами є закладеність носа та ринорея (передня або задня). Додатково можуть спостерігатися кашель, головний біль, біль у ділянці пазух та інші прояви загального нездужання. Тривалість захворювання не має перевищувати 12 тижнів.

У контексті пандемії COVID-19 слід враховувати, що симптоми ГРС можуть бути схожими на прояви коронавірусної інфекції включно із закладеністю носа, ринореєю, чханням та втратою нюху. Це свідчить про необхідність диференційної діагностики між ГРС як самостійним захворюванням та проявом COVID-19.

Перебіг ГРС зазвичай починається з гострої вірусної інфекції, яка у більшості пацієнтів минає протягом тижня. Якщо після п'ятого дня спостерігається повторне підвищення температури або симптоми зберігаються на певному рівні протягом десяти днів, це може свідчити про розвиток гострого поствірусного риносинуситу.

Лікування ГРС варто розпочинати з елімінаційної терапії та препаратів, що впливають на функціональний стан приносних пазух. Новинкою на фармацевтичному ринку України є лінійка препаратів **Колдісепт наноСільвер**:

назальний спрей, спрей для горла та вушні краплі. Колдісепт наноСільвер назальний спрей — це медичний виріб для лікування у всіх випадках сухості та подразнення слизової оболонки носа. Спрей містить наночастинки срібла, екстракт ірландського моху та мінеральні солі. Колдісепт наноСільвер зволожує слизову оболонку носа та знімає її подразнення, усуває відчуття сухості та печіння слизової оболонки носа, підтримує її відновлення, утворює шар гелю, який захищає від вірусів, бактерій та інших шкідливих чинників, стримує зростання бактерій.

У терапії ГРС важливо застосовувати препарати з доведеною ефективністю. До них належить **Умкалор**, який впливає на віруси, що викликають ГРС, та попереджує розвиток бактеріального риносинуситу. Згідно з дослідженнями, Умкалор демонструє кращу клінічну та протимікробну активність порівняно з амоксициліном.

Інший препарат, який заслуговує на увагу при лікуванні ГРС у дітей, — **Цинабсин**. Це комплексний препарат, який містить компоненти рослинного (*Hydrastis*, *Echinacea*) та мінерального (*Cinnabaris*, *Kalium bichromicum*) походження. *Cinnabaris* швидко і надійно звільняє від таких характерних симптомів запалення навколососових пазух, як головні болі, слезотеча, а також від невралгій у ділянці обличчя. *Hydrastis* і *Kalium bichromicum* діють переважно при підгострому і хронічному перебігу захворювання, що часто має місце при тривалому синуситі. Усі три інгредієнти препарату Цинабсин сприяють зняттю набряку слизових оболонок і відновленню носового дихання. *Echinacea* сприяє загальній підтримці імунної системи.

Комбінація різних препаратів включно з **Умкалор**, **Колдісепт наноСільвер** та **Цинабсин** може призводити до синергічного ефекту та покращення результатів лікування. Клінічні спостереження свідчать про швидке поліпшення загального стану пацієнтів під час застосування комбінації Умкалор та Цинабсин. Зокрема, у значній частині пацієнтів спостерігалася покращення вже через шість годин після початку лікування, а через два дні позитивна динаміка з'явилася у переважній більшості хворих.

Отже, лікування ГРС у дітей потребує комплексного підходу з використанням препаратів із доведеною ефективністю. Застосування назального спрею **Колдісепт наноСільвер** та препаратів **Умкалор** і **Цинабсин** в складі комплексної терапії може сприяти швидшому одужанню, зменшенню симптомів та зниженню ризику ускладнень.



Доктор медичних наук, професор **Сергій Олександрович Крамарьов**, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, у своїй доповіді «Актуальні вірусні інфекції. Можливості і перспективи лікування» наголосив на важливості цього питання у сучасній педіатрії та медицині загалом.

Вірусні інфекції залишаються однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я в Україні і усього світі. Минуле століття характеризувалося трьома пандеміями грипу, найбільша з яких на початку 1900-х рр. призвела до загибелі близько 100 мільйонів людей. У XXI столітті світ пережив дві значні пандемії. ВООЗ оголосила його століттям вірусів та вірусних інфекцій.

У 2009 р. пандемія грипу H1N1 (свинячий грип) охопила 200 країн, спричинивши мільйони випадків захворювань та сотні тисяч смертей. Нещодавня пандемія COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, станом на 2024 р. призвела до захворювання понад 700 мільйонів людей та близько семи мільйонів смертей. В Україні було зареєстровано 5,5 мільйона випадків захворювання та понад 100 тисяч смертей від COVID-19.

Генеральний директор ВООЗ Тедрос Гебреесус у травні 2023 р. попередив про можливість нової пандемії у найближчому майбутньому. Вона може бути більш смертоносною, ніж COVID-19, через більший потенціал летальності нового патогену.

Окрім пандемічних загроз, спостерігається зростання захворюваності на інші вірусні інфекції. За перші три місяці 2024 р. в 45 із 53 країн Європейського регіону ВООЗ було офіційно зареєстровано близько 60 тисяч

випадків кору включно із смертельними. В Україні за перше півріччя цього року захворюваність на кір зроста майже у п'ять разів порівняно з попереднім роком.

Вітряна віспа також залишається значною проблемою із щорічною реєстрацією від 100 до 100 тисяч випадків в Україні. У першому кварталі 2024 р. у деяких регіонах України захворюваність на вітряну віспу зроста в півтора рази порівняно із 2023 р.

Викликає занепокоєння лихоманка Західного Нілу. З початку 2024 р. в Україні зареєстровано 50 явних випадків цього захворювання, хоча реальна їхня кількість може бути значно більшою, оскільки у 90% випадків захворювання проявляється як гостра респіраторна інфекція.

14 серпня 2024 р. ВООЗ визнала МРОХ (раніше відома як віспа мавп) надзвичайною ситуацією в галузі охорони здоров'я, що викликає міжнародне занепокоєння.

Сучасна медицина використовує низку протівірусних препаратів. Проти грипу — інгібітори нейрамінідази (озельтамівір, занамівір, перамівір, ланінамівір), інгібітор ендонуклеази балоксавір марбоксил. Для лікування COVID-19 застосовуються ремдесівір, фавіпіравір, молнупіравір та паксловід. Проти МРОХ використовується тековірімат. Для лікування вітряної віспи та інших герпесвірусних інфекцій — ацикловір та валацикловір.

Окрім препаратів прямої протівірусної дії, існують препарати опосередкованої дії, такі як **Інфлюцид**. Цей лікарський засіб заслуговує на особливу увагу в контексті лікування вірусних інфекцій у педіатричній практиці.

Інфлюцид — комплексний препарат, який показаний для профілактики та лікування грипоподібних інфекцій, що супроводжуються лихоманкою, та інших респіраторних вірусних інфекцій. Його ефективність була підтверджена низкою клінічних досліджень.

Масштабне порівняльне дослідження, проведене в Німеччині, Іспанії та Україні, продемонструвало значні переваги використання Інфлюциду в лікуванні респіраторних вірусних інфекцій. Порівнювалися дві групи пацієнтів: одна отримувала лише симптоматичну терапію, а інша — симптоматичну терапію в поєднанні з Інфлюцидом.

Результати дослідження показали, що в групі, яка отримувала Інфлюцид, типові симптоми респіраторних інфекцій регресували швидше. Спостерігалася значно менша потреба в прийомі додаткових симптоматичних препаратів. Захворюваність мало леглий перебіг, що свідчить про позитивний вплив Інфлюциду на загальний перебіг респіраторних вірусних інфекцій.

Особливий інтерес представляє застосування Інфлюциду при лікуванні таких специфічних інфекцій, як кір та вітряна віспа. Дослідження, проведене в українській клініці, продемонструвало ефективність додавання Інфлюциду до стандартного протоколу лікування цих захворювань.

При лікуванні кору додавання Інфлюциду до стандартної терапії (симптоматичне лікування плюс високі дози вітаміну А) призвело до таких результатів: лихоманка у дітей минала майже на три дні раніше порівняно з контрольною групою; катаральні явища та запалення слизових оболонок респіраторного тракту зникли на п'ять днів раніше. Це особливо важливо, оскільки запалення слизових оболонок є вхідними воротами для вторинної бактеріальної інфекції.

Щодо вітряної віспи застосування Інфлюциду також показало позитивні результати. Нормалізація температури відбувалася майже на три дні раніше порівняно з групою, яка отримувала лише стандартне лікування. Спостерігалася скорочення тривалості періоду екзантеми. Це важливо, оскільки тривалість періоду висипань корелює з тяжкістю захворювання та ризиком виникнення вторинних бактеріальних ускладнень.

Отже, включення Інфлюциду в комплексну терапію вірусних інфекцій у дітей може сприяти швидшому одужанню, зменшенню тяжкості симптомів та зниженню ризику ускладнень. Це робить його цінним доповненням до стандартних протоколів лікування респіраторних вірусних інфекцій, кору та вітряної віспи в педіатричній практиці.

Підготувала **Анна Сочнева**



УМКАЛОР® (EPs® 7630) етіопатогенетичне лікування ГРЗ та бронхіту



- ✓ Має доведену протівірусну, антибактеріальну та протизапальну дію¹
- ✓ Зменшує потребу у використанні антибіотиків у лікуванні гострого бронхіту¹
- ✓ Прискорює процес виведення мокротиння з бронхів²

1. Berzhnii, V.V. Hostri respiratorni zhakhvoryuvannya u ditey: ranni startovyy pidkhid do terapii. Dokazova baza danykh [ohlyud] [Acute Respiratory Infections in Children: an Early Start/Up Approach to Therapy. Evidence Database (review)]. SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2019. 97. 89-100. 10.15574/SP2019.97.89. [in Ukrainian].
2. Ilyenko L. I., Parfenova O. N., Sryyeva T. N., Garashchenko T. I. Opyt primeneniya preparata «Umkalor» pri zabolevaniyakh LOR-organov u detey [Experience in the use of the drug Umkalor in diseases of the upper respiratory tract in children]. Peditricheskaya farmakologiya. 2007. 5. 36-38 [in Russian].



Інформація для медичних та фармацевтичних працівників для застосування у професійній діяльності. Умкалор® таблетки РП UA/6691/03/01 не обмежені з 02.04.2020. Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Умкалор. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 20 мг екстракту рідкого з коріння пеларгонії очиткової (*Pelargonium sidoides*) (EPs® 7630) [1:8-10], висушеного (екстракт: етанол 17% (м/м)). Інформацію подано скорочено. Будь ласка, ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу / медичного виробу левш ніж застосувати препарат. Якщо Ви хочете повідомити про виникнення побічної реакції / або маєте запитання стосовно медичної інформації / або скарги на якість лікарського засобу Умкалор, будь ласка, надішліть листа на електронну адресу: pharma@vifitec-ua.com або на адресу: Др. Вільмар Швабе ГмбХ | Ко. КТ, Німеччина Ексклюзивний представник в Україні: «Альпен Фарма АГ» (Alpen Pharma AG), Берн, Швейцарія. Ексклюзивний дистрибутор: ПрАТ «Натурфарм», вул. Лісна, 30а, м. Київ, Пушча-Водиця, 04075; телефон: (044) 401-81-03.

Спадковий ангіоневротичний набряк у диференційній діагностиці ідіопатичного рецидивуючого абдомінального болю

Спадковий ангіоневротичний набряк (САН) – рідкісне генетичне захворювання, що характеризується рецидивуючими епізодами набряку підшкірної клітковини та слизових оболонок. Особливо актуальною темою є САН у дітей, оскільки у педіатричній популяції це захворювання має низку специфічних особливостей, які ускладнюють його виявлення та лікування. У дітей його вияви можуть проявлятися атипично, часто маскуючись під інші, більш поширені захворювання. Абдомінальний біль у дітей із САН може бути єдиним або домінуючим симптомом, що ускладнює диференційну діагностику. Крім того, маленькі пацієнти часто не можуть чітко описати свої скарги, що створює додаткові труднощі для лікарів. Відсутність настороженості щодо САН серед педіатрів призводить до того, що діти роками страждають від неправильно діагностованих та неадекватно лікованих нападів болю. Це не лише негативно впливає на якість життя пацієнтів та їхніх сімей, але й може спричинити серйозні ускладнення включно із потенційно небезпечними для життя набряками дихальних шляхів.

САН – рідкісне аутосомно-домінантне захворювання, для якого характерні непередбачувані, рецидивуючі набряки, що уражають шкіру та підслизову тканину включно із шлунково-кишковим трактом (ШКТ) [1-3]. Більшість випадків САН спричинені мутаціями в гені *SERPING1*, який кодує С1-інгібітор (С1-ІНГ) [1]. Цей тип САН відомий як САН із дефіцитом С1-ІНГ, або САН-С1-ІНГ. Його можна розділити на два підтипи на основі низького рівня функціонуючого С1-ІНГ (тип 1) та нормального або високого рівня нефункціонуючого С1-ІНГ чи зниженої його активності (тип 2) [3]. Клінічна картина двох підтипів САН є гетерогенною, без явних фенотипових відмінностей між підтипами та без чіткої кореляції частоти або тяжкості симптомів зі ступенем дефіциту С1-ІНГ [4]. Для зручності у статті використовується термін САН для позначення САН-С1-ІНГ.

Широка гетерогенність клінічних ознак і симптомів САН, а також варіабельність частоти та тяжкості нападів [13] створюють значні діагностичні виклики. Клініцисти зазвичай недостатньо обізнані з цим захворюванням, через що може статися невключення САН до диференційної діагностики та багаторічна затримка встановлення діагнозу. Особливо складними для діагностики є випадки, коли пацієнти мають лише симптоми з боку ШКТ без типового набряку шкіри.

Пацієнти з недіагностованим САН мають суттєво вищий ризик смертності. Згідно з результатами досліджень, смертність внаслідок асфіксії, спричиненої набряком гортані, становила 29,4% серед тих, кому діагноз САН встановлений посмертно, порівняно із 3,3% для осіб із відомим діагнозом [14]. Своєчасна діагностика не лише знижує ризик летальних наслідків, але й покращує якість життя пацієнтів та зменшує тягар захворювання [15].

Гастроентерологи часто стикаються зі скаргами на рецидивуючий, ідіопатичний абдомінальний біль [16] і тому можуть мати вирішальне значення у встановленні діагнозу САН. Їхня обізнаність щодо можливості САН у таких пацієнтів може значно скоротити час встановлення правильного діагнозу.

Гастроінтестинальні симптоми САН

Ураження ШКТ є одним із найпоширеніших проявів САН, із частотою від 43% до 93% серед пацієнтів. До 80% усіх пацієнтів із САН страждають від рецидивуючого болю в животі [27]. Масштабне дослідження, що включало 149 осіб із САН та аналіз 521 нападу з абдомінальними симптомами, виявило, що у 49% випадків напади характеризувалися ізольованим болем у животі [28]. Що стосується додаткових 33% нападів, пацієнти відчували біль у животі разом із симптомами в іншій локалізації поза межами абдомінальної ділянки [28].

Серед найпоширеніших абдомінальних симптомів САН виділяють здуття живота (77%), спазми (73%) та нудоту (67%). Блювання (21%) та діарея (14%) трапляються рідше, хоча деякі дослідження повідомляють про значно вищі показники цих симптомів – до 78%

для блювання та 65% для діареї у пацієнтів з абдомінальними проявами САН [29].

Недостатнє розпізнавання та помилкові діагнози у пацієнтів із САН є ключовими факторами діагностичних затримок. Серед 418 осіб із САН 44,3% (185) отримали один або більше діагнозів до того, як їм був встановлений САН [57]. Найпоширенішими попередніми діагнозами були алергічний ангіоневротичний набряк – 55,7% (103/185), апендицит – 27,0% (50/185) та інші розлади ШКТ включно із пептичними виразками та гастроезофагеальною рефлюксною хворобою [57]. Частота помилкових діагнозів була подібною між жінками (46,5%) та чоловіками (41,1%), як і типи попередніх діагнозів [57]. Нещодавній огляд САН, зосереджений на проявах з боку ШКТ, підтверджує, що САН може проявлятися неспецифічними ознаками або симптомами, подібними до більш поширених розладів ШКТ [16].

Затримки в діагностиці САН також збільшували ймовірність непотрібних операцій чи процедур та підвищений ризик ускладнень у пацієнтів із симптомами з боку ШКТ [32, 56, 58]. Наприклад, пацієнти, яким згодом був встановлений діагноз САН, мали більшу ймовірність перенести абдомінальні операції в 2,5 раза, апендектомії – в 2,6 раза та ендоскопії – в 2,3 раза, ніж пацієнти без САН [56].

Коли слід підозрювати САН? Практичні рекомендації

Згідно з результатами сучасних досліджень, існує значний збіг між симптомами САН та ШКТ, що підтверджується і обсерваційними, і окремими клінічними випадками [27, 38, 42, 50, 57, 67-70].

Діагностичний процес САН базується на комплексному підході. Первинна підозра виникає за наявності рецидивуючих нападів шкірного ангіоневротичного набряку [3]. Додаткові фактори, що посилюють підозру, включають сімейний анамнез САН, ранній початок симптомів, рецидивуючі абдомінальні симптоми, набряк верхніх дихальних шляхів, резистентність до стандартної терапії (антигістамінні препарати, глюкокортикоїди), наявність продромальних симптомів та відсутність кропив'янки [3].

Лабораторна діагностика має велике значення у підтвердженні САН. Визначення рівнів С4 та С1-ІНГ є основними тестами, які слід проводити незалежно від наявності симптомів. Характерними є постійно низькі рівні С1-ІНГ (тип 1) або його активності (типи 1 і 2), а також низькі рівні С4 у більшості пацієнтів (>85%) [8].

Диференційна діагностика САН має враховувати широкий спектр гастроінтестинальних симптомів включно з епізодичним болем у животі, рецидивуючою непрохідністю тонкого кишечника без очевидної причини, а також нудотою, блюванням та діареєю з повним розрешенням між епізодами [70].

Особливу увагу слід приділяти жінкам, у яких напади САН можуть бути спровоковані гормональними коливаннями або застосуванням естроген-вмісних препаратів [3]. Характер абдомінального болю при САН описується

як спазматичний, коліковий, виснажливий, із тривалістю епізодів від двох до п'яти днів [27, 28, 71]. Під час нападу можуть спостерігатися здуття живота, болючість та асцит [72, 73].

Важливо зазначити, що при САН зазвичай відсутні типові ознаки запалення, такі як лихоманка, перитонеальні симптоми або лейкоцитоз [70]. Однак при тяжких нападах можуть спостерігатися нейтрофіліоз, гіповолемія та гемоконцентрація [19].

Візуалізаційні методи дослідження, такі як контрастна комп'ютерна томографія або ультразвукове дослідження, можуть виявити набряк стінки кишечника, асцит та виражені мезентеріальні судини під час нападів САН [74-76].

Визначення сироваткових рівнів С4 є основним скринінговим тестом для САН [8, 9, 11]. При виявленні низьких рівнів С4 рекомендоване подальше тестування рівнів та активності С1-ІНГ [8, 9, 11, 12].

САН із нормальним С1-ІНГ

Окрім класичного САН із дефіцитом С1-ІНГ, існує також форма САН із нормальним рівнем С1-ІНГ [77, 78], патогенез якої пов'язаний з генетичними мутаціями в різних генах включно із фактором XII [79], плазміногеном [80], ангіопоетином-1 [81], кініногеном-1 [82], та ін. [83, 84]. У деяких пацієнтів причинна мутація залишається невизначеною [85].

Клінічна картина САН із нормальним С1-ІНГ має певні відмінності від класичного САН, зокрема частіше спостерігається набряк обличчя та язика, ніж абдомінальні симптоми [85]. Генетичне тестування може бути корисним діагностичним інструментом для пацієнтів із підозрою на САН із нормальним С1-ІНГ. Однак, враховуючи складність діагностики та обмежену доступність підтверджувальних біомаркерів [86], ведення таких пацієнтів потребує консультацій із відповідним спеціалістом [8].

Рекомендовані методи лікування САН

Сучасні підходи до лікування САН базуються на міжнародних рекомендаціях, розроблених Всесвітньою організацією з алергії (World Allergy Organization) і Європейською академією алергології та клінічної імунології (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) [87], які узгоджуються з рекомендаціями Медичної консультативної ради Асоціації САН США (US HAE Association Medical Advisory Board) [8]. Терапевтичні стратегії включають лікування гострих нападів, короткочасну довшострокову профілактику.

Для купірування гострих нападів САН рекомендовано застосування ікатібанту, екалантиду, внутрішньовенного (в/в) плазмового С1-ІНГ або в/в рекомбінантного людського С1-ІНГ. Короткочасова профілактика передбачає використання в/в плазмового С1-ІНГ. Довгострокова профілактика може здійснюватися за допомогою підшкірного введення плазмового С1-ІНГ, в/в введення С1-ІНГ, застосування ланаделумабу або беротралстату.

Отже, САН залишається складним діагностичним викликом, особливо у пацієнтів із переважаючими гастроінтестинальними симптомами. Підвищення обізнаності про САН серед медичних працівників різних спеціальностей та включення його до диференційної діагностики у пацієнтів із ідіопатичним рецидивуючим абдомінальним болем може значно покращити своєчасність діагностики та ефективність лікування

Реферативний огляд Staller K., Lembo A., Banerji A. et al. (2022) Consider Hereditary Angioedema in the Differential Diagnosis for Unexplained Recurring Abdominal Pain. J Clin Gastroenterol. 2022 Oct 1;56(9):740-747. doi: 10.1097/MCG.0000000000001744.

Підготувала Анна Сочнева

Актуальні аспекти ведення дітей зі шкірними проявами харчової гіперчутливості

Шкірні прояви харчової алергії (ХА) у дітей є надзвичайно актуальною проблемою сучасної педіатрії. Ця патологія демонструє тенденцію до зростання частоти випадків. Актуальність проблеми зумовлена кількома факторами. По-перше, ХА може суттєво впливати на якість життя дитини та її сім'ї, обмежуючи харчовий раціон та соціальну активність. По-друге, шкірні прояви часто є першими симптомами ХА і можуть сигналізувати про ризик розвитку більш серйозних системних реакцій включно з анафілаксією. По-третє, діагностика та лікування ХА залишаються складним завданням, що потребує індивідуального підходу та міждисциплінарної взаємодії різних фахівців. В межах майстеркласу «Грип, COVID, хвороба Х... Чого очікувати від сезону застуд?» із циклу «Педіатрія від А до Я. Експертні зустрічі», який відбувся 17-18 вересня, Олена Вікторівна Шарікадзе, лікар-алерголог, доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії, дитячих інфекційних хвороб, імунології та алергології, директор Інституту післядипломної освіти НУОЗ України ім. П.Л. Шупика, постійний член Європейської асоціації алергології та імунології, українських асоціацій педіатрії, алергології та імунології, представила доповідь «Шкірні прояви ХА та методи їхнього лікування».

ХА залишається актуальною проблемою в педіатричній практиці, часто недооціненою та недодіагностованою. Важливо пам'ятати, що вона може виникнути в будь-якому віці та загострюватися під впливом різних факторів, зокрема вірусних інфекцій. У контексті сучасної епідеміологічної ситуації, особливо з урахуванням пандемії COVID-19, ця проблема набуває додаткового значення, оскільки вірусні інфекції можуть бути тригерами загострення алергічних реакцій.

Класифікація ХА базується на типі імунологічної реакції включно із ІgE-залежними реакціями негайного типу, не ІgE-залежними реакціями уповільненого типу та змішаними формами. Характер симптомів значною мірою визначається типом реакції та може варіюватися від легких шкірних проявів до тяжких системних реакцій, таких як анафілаксія. ІgE-залежні реакції зазвичай розвиваються швидко, протягом кількох хвилин або годин після контакту з алергеном, тоді як не ІgE-залежні реакції можуть проявлятися через кілька годин або навіть днів.

Реакції харчової гіперчутливості класифікуються на дві основні категорії: імунні та неімунні. Імунні реакції включають ІgE-залежні, не ІgE-залежні, змішані та клітинно-опосередковані механізми (рис. 1). Неімунні реакції, також відомі як порушення харчової толерантності, можуть бути спричинені різними факторами. Серед них виділяють метаболічні причини, найпоширенішою з яких є лактазна недостатність, що призводить

до непереносимості лактози. Інші неімунні механізми включають токсичні реакції, фармакологічні ефекти, пов'язані з особливостями харчування пацієнтів, та ідіопатичні реакції, етіологія яких залишається невстановленою. Враховуючи багатогранність харчової гіперчутливості, важливо розрізняти ХА та порушення харчової толерантності. ХА являє імунну реакцію гіперчутливості на харчові продукти, що характеризується наявністю специфічного ІgE, тоді як порушення харчової толерантності може бути пов'язане з метаболічними, фармакологічними або токсичними ефектами їжі. Пацієнт із наявністю специфічного ІgE може не проявляти клінічної реакції на їжу, або ж, навпаки, в анамнезі можуть бути чіткі клінічні реакції з низьким або невизначеним рівнем специфічного ІgE до харчових алергенів. Відповідно клінічну картину при ХА необхідно буде оцінювати за анамнезом або провокаційними тестами.

Шкірні прояви, одні з найпоширеніших симптомів ХА у дітей, включають кропив'янку, ангіоневротичний набряк, атопічний дерматит, контактний дерматит та орально-алергічний синдром (таблиця). Ознаками кропив'янки є поява пухирів із чітко обмеженим поверхневим набряком, свербіж (іноді відчуття печіння) та швидкоплинний характер. Пухирі зазвичай зникають протягом 24 годин, але можуть з'являтися нові. Ангіоневротичний набряк часто супроводжує кропив'янку, але може виникати самостійно, клінічно проявляється раптово



О.В. Шарікадзе

вираженим еритематозним чи тілесного кольору набряком глибоких шарів шкіри та підшкірної клітковини чи слизових оболонок, що супроводжується відчуттям поколювання, розпирання і болючості замість свербежу.

Незалежно від етіології кропив'янки, підходи до лікування захворювання є стандартизованими. Сучасні протоколи лікування, які регулярно оновлюються (раніше кожні п'ять років, а зараз частіше), демонструють консенсус щодо початку терапії зі стандартної дози антигістамінних препаратів (АГП). Важливо зазначити, що перевага надається АГП II покоління, хоча цей аспект іноді залишається поза увагою клініцистів.

У терапії кропив'янки застосовується покроковий підхід (рис. 2). За умови недостатньої ефективності стандартної дози АГП, дозування можна збільшувати в чотири рази. У разі відсутності адекватного контролю симптомів протягом двох-чотирьох тижнів або за наявності нестерпних симптомів рекомендовано перейти до наступної лінії терапії – біологічних препаратів, зокрема омалізумабу. При неефективності омалізумабу може бути розглянуте застосування циклоспорину.

У періоди тяжких загострень можливе короткочасне використання системних глюкокортикостероїдів. Проте основою лікування не лише гострої, а й ХК залишаються АГП II покоління.

Особливої уваги заслуговує препарат біластин (Ніксар® компанії «Берлін-Хемі АГ», Німеччина), ефективність якого засвідчила низка рандомізованих, контрольованих, багаточентрових міжнародних досліджень, результати яких продемонстрували значне покращення якості життя пацієнтів із ХК при застосуванні біластину. Наприклад, у проспективному, багаточентровому, подвійному сліпому, рандомізованому, плацебо-контрольованому міжнародному дослідженні з активним контролем у паралельних групах (Jáuregui I., 2011) вивчалась ефективність біластину в пацієнтів із хронічною ідіопатичною кропив'янкою. У дослідженні взяли участь 525 пацієнтів віком від 18 до 70 років із симптомами середнього та тяжкого ступеня. Учасники були рандомізовані для отримання біластину в дозі 20 мг, левоцетиризину 5 мг або плацебо один раз на добу протягом 28 днів.

Згідно з результатами дослідження, біластин виявився статистично значно ефективнішим за плацебо щодо зменшення інтенсивності свербіжів і редукції кількості та розміру уртикарних елементів. Крім того, ефективність біластину була не нижчою, ніж у левоцетиризину.

У систематичному огляді літератури, проведеному М. Sanchez-Borges et al. (2014), було проаналізовано ефективність підвищення доз неседативних АГП у чотири рази для лікування пацієнтів із ХК. Результати дослідження продемонстрували неоднорідність терапевтичної відповіді під час застосування різних АГП. Зокрема, застосування біластину в дозі 80 мг виявилось ефективним у 60% випадків, тоді як левоцетиризин та дезлоратадин показали ефективність у 21,7% та 27,1% випадків відповідно. Ці дані свідчать про потенційно вищу ефективність біластину під час використання підвищених доз порівняно з іншими досліджуваними препаратами (рис. 3). Автори дійшли висновку про загальну ефективність застосування підвищених доз неседативних АГП при ХК. Важливо зазначити: застосування високих доз дезлоратадину, левоцетиризину та біластину не супроводжувалося розвитком нових або непередбачуваних побічних явищ, що підтверджує сприятливий профіль безпеки цих препаратів навіть при використанні в дозах, які перевищують стандартні (Sanchez-Borges M., 2014).

Щодо безпеки застосування біластину у педіатричній практиці, проведено дослідження за участю дітей віком від двох до 11 років показало, що щоденне застосування препарату в дозі 10 мг протягом 12 тижнів має профіль безпеки, порівнянний із плацебо (Antonijooan R., 2016). Ці дані свідчать про ефективність та безпечність біластину для пацієнтів дитячого віку. Однак слід зазначити, що в Україні застосування препарату дозволено дітям із шести років (рис. 4).

Отже, згідно із результатами сучасних досліджень, біластин (Ніксар®) демонструє високу ефективність та сприятливий профіль безпеки в лікуванні шкірних проявів ХА, зокрема при ХК, асоційованій із харчовими алергенами.

Підготувала Олена Речмедіна

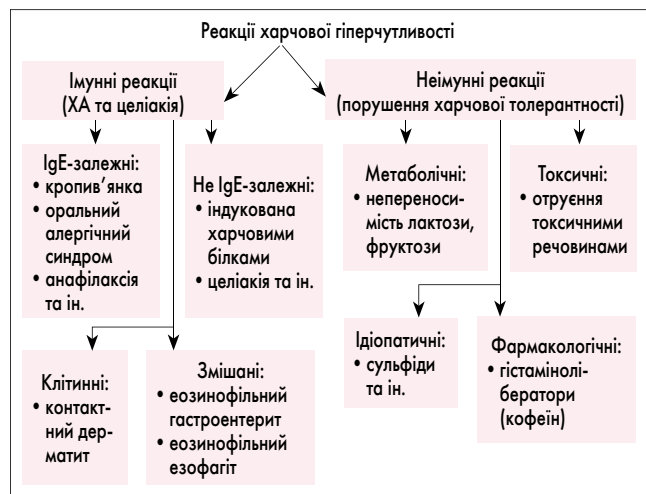


Рис. 1. Реакції харчової гіперчутливості

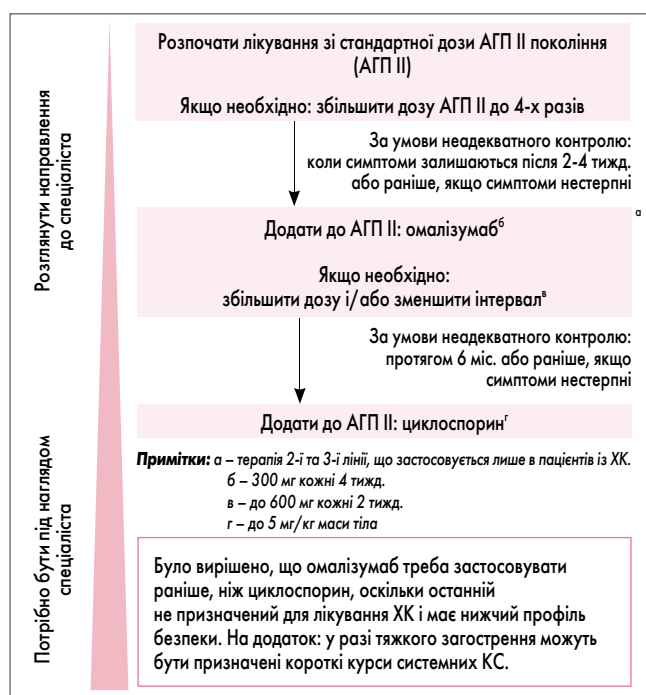


Рис. 2. Сучасний підхід до лікування кропив'янки

КС – кортикостероїди.
ХК – хронічна кропив'янка.

Тип реакції	Виникнення
Кропив'янка	Негайне
Оральний алергічний синдром	Негайне
Алергічний контактний дерматит	Уповільнене
Протеїновий контактний дерматит	Негайне, хронічне/рецидивуюче
Системний контактний дерматит	Уповільнене або негайне
Атопічний дерматит	Уповільнене або негайне

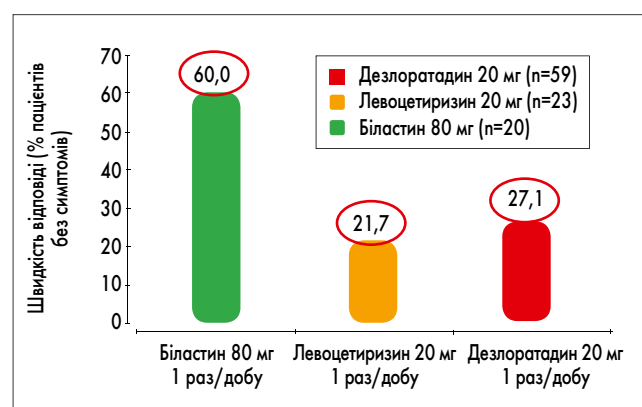


Рис. 3. Порівняльна ефективність підвищених доз неседативних АГП у пацієнтів із ХК (Sanchez-Borges M., 2014)

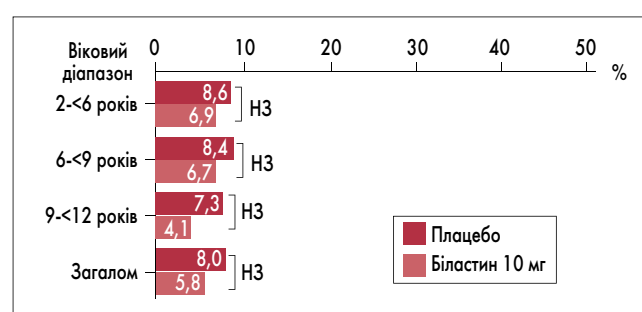


Рис. 4. Частка дітей із будь-яким побічним ефектом, що виник після початку лікування у загальній популяції та за віковим діапазоном (Antonijooan R., 2016)

Примітка: НЗ – незначні.

Гострий риносинусит

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги

Проблема гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів (ВДШ), гострого риносинуситу (ГРС) зокрема, є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині. Останніми роками спостерігають зростання частоти захворювань носа і приносних пазух, що проявляється збільшенням не лише абсолютних (захворюваності та поширеності), а й відносних (частка в структурі оториноларингологічної патології) показників. В Україні поширеність гострих ринітів, риносинуситів та ринофарингітів сягає 489,9 випадку на 10 тис. населення, а захворюваність – 5-15 випадків на 1 тис. населення залежно від сезону. Такі хворі становлять 60-65% амбулаторних пацієнтів лікарів-оториноларингологів. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) призначений забезпечити організацію надання медичної допомоги пацієнтам із ГРС на всіх етапах медичної допомоги для своєчасного виявлення, профілактики та лікування ГРС.

I. Паспортна частина

Діагноз: Гострий риносинусит

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

- J01 Гострий синусит
- J01.0 Гострий верхньощелепний синусит
- J01.1 Гострий фронтальний синусит
- J01.2 Гострий етмоїдальний синусит
- J01.3 Гострий сфеноїдальний синусит
- J01.4 Гострий пансинусит
- J01.8 Інший гострий синусит
- J01.9 Гострий синусит, не уточнений

При ідентифікації збудника необхідно зазначити додатковий код (B95-B97).

II. Загальна частина

Більшість звернень пацієнтів із проблемами, пов'язаними з інфекціями ВДШ (ІВДШ) можуть бути класифіковані як звичайна застуда, що визначається як гострий вірусний РС (ГВРС) із тривалістю симптомів <10 днів (але менше 12 тижд.). Якщо симптоми посилюються через 5 днів або тривають понад 10 днів, але <12 тижд., тоді це гострий післявірусний РС. Невелика частка ГРС спричинена бактеріями та визначається за наявністю щонайменше трьох із п'яти симптомів/ознак: безбарвні слизові виділення; гострий локальний біль (переважно однобічний); гарячка (температура тіла >38 °C); підвищення рівня С-реактивного білка/ШОЕ; погіршення наявних симптомів.

За наявності в пацієнта супутньої патології враховують взаємний обтяжувальний вплив патологічних процесів і відповідно планують тактику ведення пацієнта. У такому разі обсяг і порядок проведення діагностичних процедур і методів лікування може відрізнитися від вимог цього протоколу.

III. Основна частина

Первинна медична допомога

Діагностика

Положення протоколу. Діагноз ГРС встановлюють на підставі клінічних даних, анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних фізикального обстеження, диференційної діагностики, з урахуванням суб'єктивної оцінки тяжкості хвороби самим пацієнтом згідно з алгоритмом (рис. 1).

За наявності тривожних ознак, що можуть вказувати на супутню патологію, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень лікування, пацієнт має бути скерований до закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Алгоритм ведення пацієнтів (дорослих і дітей) із ГРС лікарями, які надають первинну медичну допомогу, наведено на рисунку 2.

У пацієнтів із рецидивним ГРС треба враховувати наявність анатомічних аномалій латеральної та медіальної стінок носа, обтурації хоан аденоїдною тканиною або одонтогенних джерел інфекції.

Обґрунтування. ГРС є поширеною проблемою, точну частоту виникнення якої важко визначити. Захворюваність на ГВРС (звичайна застуда) дуже висока. Є дані, що дорослі переносять від двох до п'яти епізодів, а школярі – від семи до десяти епізодів ГВРС (застуди) на рік.

Рецидивний ГРС визначається в разі розвитку ≥4 епізодів на рік з інтервалами без симптомів. Кожен епізод має відповідати критеріям гострого післявірусного (або бактеріального) риносинуситу. За американськими рекомендаціями – бактеріального.

Вірусний риносинусит (або звичайна застуда) – це гострий риніт, спричинений респіраторними вірусами,

такими як риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус грипу, коронавірус, вірус парагрипу, аденовірус та ентеровірус. Водночас на риновірус і коронавірус припадає приблизно 50% діагностики ГВРС у дорослих.

ГРС діагностують за гострим початком із розвитком типових симптомів, як-от: закладеність носа, виділення з носа, біль або тиснення в ділянці обличчя і погіршення нюху.

В умовах первинної медичної допомоги ГРС діагностують на підставі симптоматики без детального обстеження ЛОР-органів або візуалізації. ГРС визначають за наявності відповідних симптомів протягом 12 тижнів. Рекомендований

метод оцінки тяжкості симптомів передбачає використання візуальної аналогової шкали (ВАШ), що має вигляд 10-сантиметрового відрізка, на якому пацієнт ставить оцінки від 1 до 10 (див. панель).

Симптоми ГРС неспецифічні, тому необхідно проводити диференційну діагностику з низкою інших станів, зокрема вірусною інфекцією ВДШ (ІВДШ), алергічним ринітом (АР), захворюваннями зубошелепної системи, рідкісними спадковими хворобами, синдромом болю в ділянці обличчя, васкулітом, гострим інвазивним грибковим риносинуситом, назальною ліквореєю.

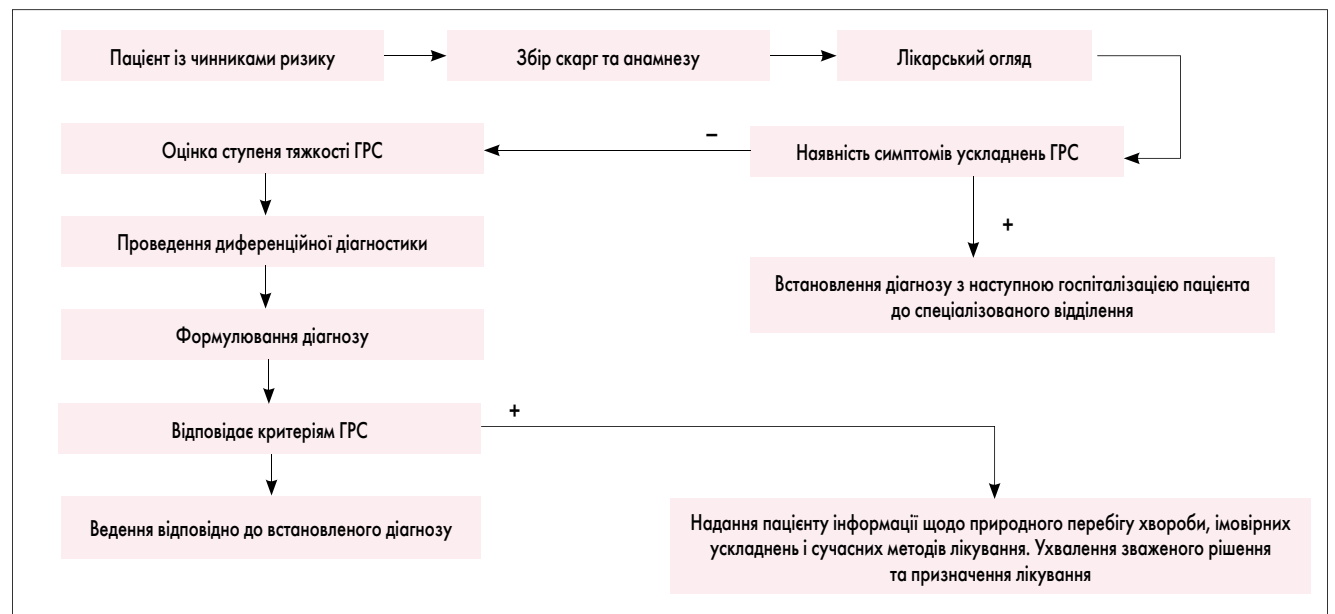


Рис. 1. Алгоритм первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГРС

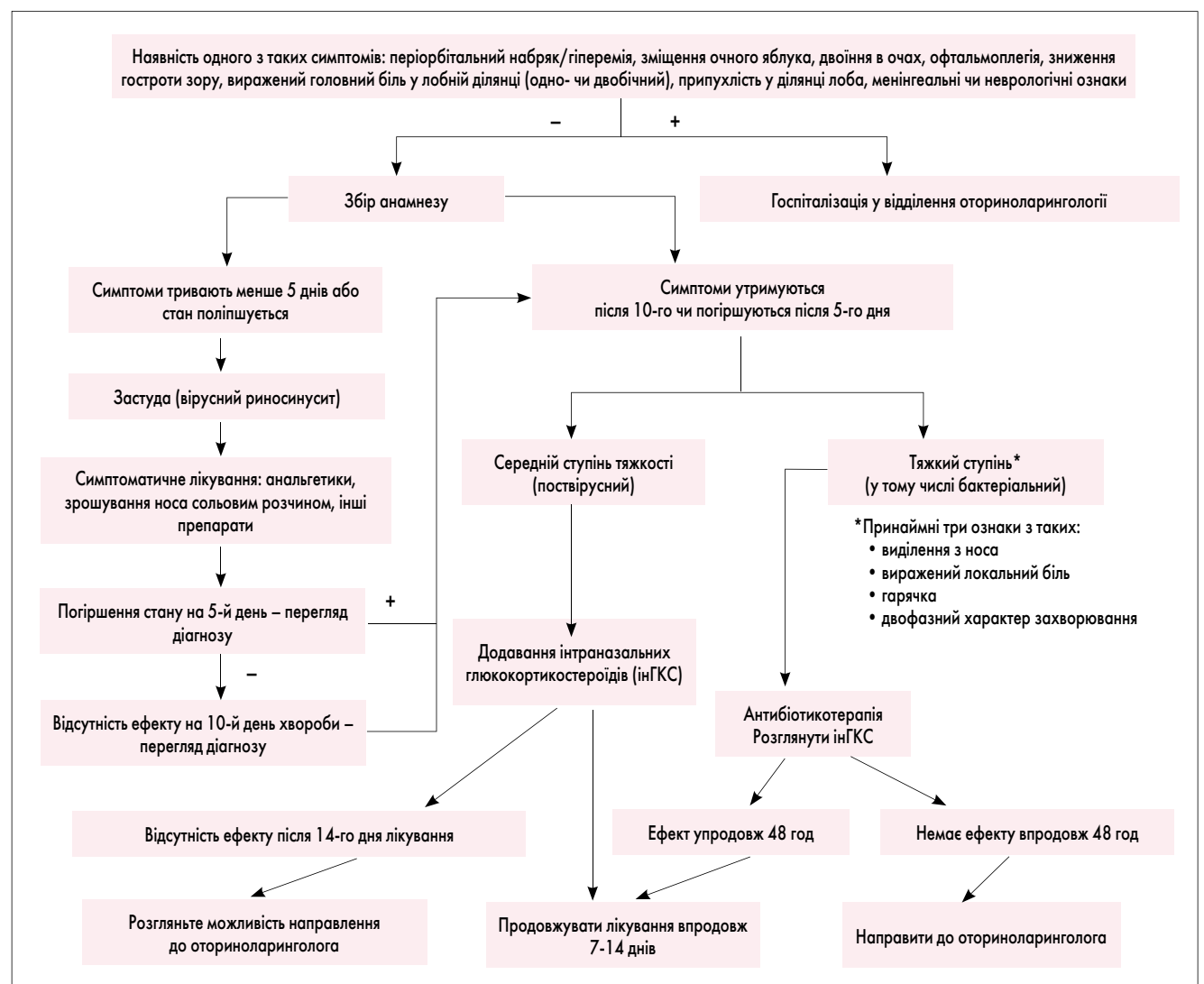


Рис. 2. Алгоритм ведення дорослих і дітей із ГРС лікарями, які надають первинну медичну допомогу

Панель

Візуальна аналогова шкала оцінки тяжкості хвороби в дорослих (від 18 років)

10 см

Не завдає труднощів Завдає неймовірних труднощів

Для оцінки загального ступеня тяжкості за ВАШ (відрізок 10 см) пацієнта просять указати на шкалі суб'єктивне відчуття того, наскільки симптоми риносинуситу завдають йому труднощів. Пацієнту пояснюють, що початок відрізка (ліворуч) відповідає гарному, а кінець (праворуч) – найгіршому стану. Водночас пацієнт не має знати шкалу інтерпретації тяжкості. Після того як пацієнт зробив оцінку свого стану, лікар проводить інтерпретацію самооцінки ступеня тяжкості: легкий (0-3 см), помірний (3-7 см) і тяжкий (7-10 см).

Оцінка за ВАШ >5 см впливає на якість життя пацієнта.

Необхідні дії

Обов'язкові

У пацієнта з ознаками гострої респіраторної інфекції проводять оцінку відповідності клінічної картини критеріям ГРС та за результатами оцінки призначають необхідні обстеження, наведені на рисунку 1.

Пацієнти з тривалістю епізоду ГРС >4 тижд. мають отримати консультацію лікаря-отоларинголога/лікаря-отоларинголога дитячого для виключення супутньої патології.

Пацієнти з рецидивним ГРС мають бути скеровані на консультацію до лікаря-отоларинголога/лікаря-отоларинголога дитячого для виключення анатомічних аномалій внутрішньоносових структур.

Пацієнти із ГРС, яким антибактеріальна терапія призначається більш як три рази протягом року, мають бути скеровані на консультацію до лікаря-отоларинголога/лікаря-отоларинголога дитячого для проведення забору біологічного матеріалу для мікробіологічного дослідження з метою проведення диференційної діагностики з одонтогенною інфекцією, імунодефіцитним станом або виключення патології інших органів.

Лікування

Положення протоколу. ГРС є захворюванням, при якому одужання здебільшого відбувається без активної фармакотерапії; деякі випадки ГРС потребують патогенетичного та симптоматичного фармакологічного лікування. Інколи ГРС трансформується в бактеріальний ГРС (ГБРС) і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

У разі виявлення тривожних ознак, що можуть вказувати на наявність супутньої патології, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень, лікування призначає лікар-отоларинголог/лікар-отоларинголог дитячий.

Обґрунтування. Щодо симптоматичного лікування ГРС, є дані про недоцільність застосування інГКС для полегшення симптомів звичайної застуди, тобто ГВРС. Їх можуть призначати, коли зменшення симптомів гострого післявірусного риносинуситу вважається необхідним. Антигістамінні препарати (АГП) виявляють обмежений короткостроковий (перший і другий дні захворювання) позитивний вплив на вираженість загальних симптомів у дорослих, але не в середньо- і довгостроковій перспективі. Багаторазові дози деконгестантів можуть чинити незначний позитивний вплив на суб'єктивні показники закладеності носа в дорослих зі звичайною застудою (ГВРС). Назальне зрошення сольовим розчином, можливо, має переваги в полегшенні симптомів гострих ІВДШ. Крім того, відомо, що парацетамол може сприяти полегшенню закладеності носа та ринореї, але не деяких інших симптомів застуди (зокрема болю у горлі, загального нездужання, чхання і кашлю). Інші нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) можуть допомогти послабити дискомфорт або біль, спричинені звичайною застудою. Застосування комбінації АГП, анальгетиків і деконгестантів має загальну перевагу в зменшенні симптомів захворювання в дорослих і дітей старшого віку.

Рутинне застосування антибіотиків при ГВРС не рекомендоване, оскільки відсутні докази їхньої користі в разі звичайної застуди, до того ж вони спричиняють значні побічні ефекти, якщо їх призначають у разі вірусної етіології захворювання. Антибіотики ефективні в пацієнтів із симптомами та ознаками, які вказують на ГБРС.

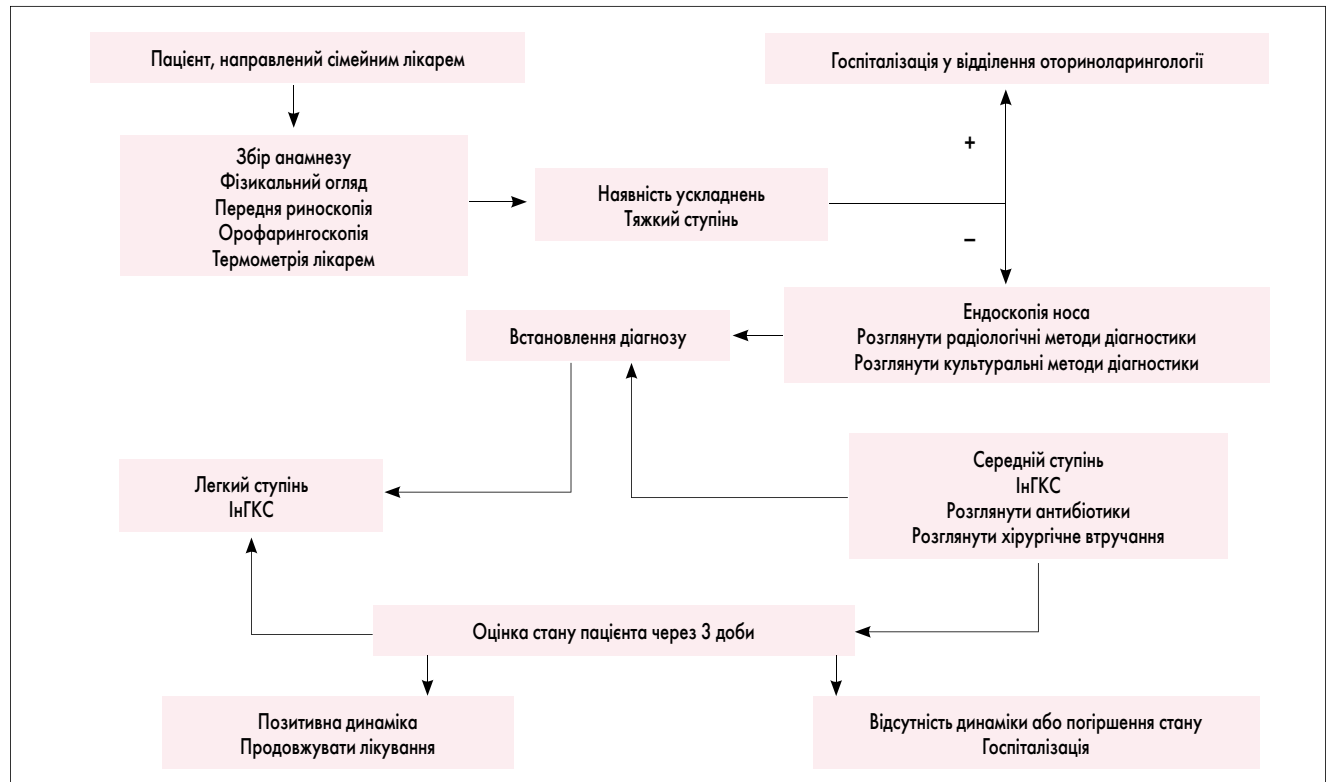


Рис. 3. Алгоритм амбулаторного ведення дорослих і дітей із ГРС оториноларингологом

Регулярні фізичні вправи середньої інтенсивності можуть позитивно впливати на профілактику звичайної застуди.

Необхідні дії

Обов'язкові

Патогенетичне та симптоматичне лікування ГРС здійснюють за необхідності, відповідно до наявної клінічної картини і стану пацієнта призначають такі лікарські засоби: анальгетики, НПЗП, сольові розчини для інтраназального застосування, деконгестанти, інГКС, препарати комплексної дії.

Антибіотикотерапію призначають емпірично тим пацієнтам, які відповідають критеріям ГВРС, або з тяжким перебігом хвороби.

Призначення антибактеріальних лікарських засобів здійснюють згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Пацієнту необхідно надавати інформацію щодо ГРС, хронічного РС (ХРС), алергічних захворювань і негативних наслідків, до яких може призвести неналежне лікування, необхідності уникання або зменшення впливу чинників ризику, що сприяють розвитку ГРС, на основі інформації для пацієнта.

Спеціалізована медична допомога

Діагностика

Положення протоколу. Діагноз ГРС встановлюють на підставі клінічних даних, анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних об'єктивного обстеження ЛОР-органів, диференційної діагностики, з урахуванням суб'єктивної оцінки тяжкості хвороби самим пацієнтом згідно з алгоритмом (рис. 3).

За наявності тривожних ознак, що можуть вказувати на супутню патологію, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень лікування, пацієнт має бути скерований до ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу.

У пацієнтів із рецидивним ГРС потрібно брати до уваги наявність анатомічних аномалій латеральної та медіальної стінки порожнини носа, обтурації хоан аденоїдною тканиною або можливих одонтогенних джерел інфекції. У клінічно складних випадках, у разі рецидивних і нетипових ГРС, ускладнень діагностика потребує проведення додаткових обстежень.

Обґрунтування. Вірусний РС (або звичайна застуда) – це запалення слизової оболонки носа та навколоносових пазух, спричинене респіраторними вірусами, такими як риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус грипу, коронавірус, вірус парагрипу, аденовірус та ентеровірус. Водночас на риновірус і коронавірус припадає приблизно 50% випадків встановлення діагнозу ГВРС у дорослих.

ГРС діагностують за гострим початком типових симптомів, таких як закладеність носа, виділення з носа, біль або тиснення в ділянці обличчя і погіршення нюху. Рекомендований метод оцінки тяжкості симптомів передбачає використання ВАШ, що має вигляд 10-сантиметрового відрізка, на якому пацієнт виставляє оцінки від 1 до 10 (див. панель).

Симптоми ГРС неспецифічні та можуть перекриватися низкою інших станів, від яких його треба відрізнити: ІВДШ, АР, захворюваннями зубощелепної системи, рідкісними спадковими хворобами, синдромом болю в ділянці обличчя, васкулітом, гострим інвазивним грибковим РС, назальною ліквореєю.

ГБРС є поширеним у відділеннях інтенсивної терапії (чинниками ризику стають назогастральні зонди, механічна вентиляція, ушкодження імунних механізмів і положення лежачи), інфекція може вражати декілька пазух, і для підтвердження діагнозу та визначення лікування може знадобитися проведення КТ, а пункція пазухи може надати важливу діагностичну мікробіологічну інформацію.

Пацієнти зі зниженим імунітетом схильні до ускладнень ГВРС та потребують детальнішої діагностики; грибковий РС є серйозною хворобою з високими показниками летальності та частоти ускладнень, що потребує швидкого встановлення діагнозу та лікування, яке може передбачати радикальну хірургію або функціональну ендоскопічну синус-хірургію (ФЕСХ), діагноз зазвичай є гістопатологічним, тому в разі сумнівів доцільними є ранні ендоскопічні дослідження з відкритою біопсією.

Необхідні дії

Обов'язкові

У пацієнта з ознаками гострої респіраторної інфекції лікар проводить оцінку на предмет відповідності клінічної картини критеріям ГРС та обстежує відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГРС (див. рис. 1).

У пацієнта, направлено лікарем загальної практики – сімейним лікарем із діагнозом «рецидивний ГРС», проводять оцінку щодо наявності анатомічних порушень, які створюють сприятливі умови для рецидивів. Із пацієнтом обговорюють можливі шляхи усунення таких чинників, на підставі чого ухвалюють зважене рішення.

Направленим лікарем загальної практики – сімейним лікарем пацієнтам, яким антибактеріальну терапію призначають більш як три рази протягом року, проводять диференційну діагностику з одонтогенною інфекцією, імунодефіцитним станом або виключення патології інших органів.

Діагностичні заходи охоплюють збір скарг, збір анамнезу захворювання, спеціальне фізикальне ЛОР-обстеження, мікробіологічне дослідження зразка біологічного матеріалу (за відсутності результату дослідження), диференційний діагноз.

У клінічно складних випадках, при рецидивних або нетипових ГРС, за наявності ускладнень відповідно до клінічної ситуації проводять додаткові обстеження, необхідні для встановлення діагнозу.

Додаткові методи обстеження: радіологічні (КТ, МРТ; за неможливості проведення КТ або МРТ – рентгеномографія приносних пазух), визначення рівня С-реактивного білка, ШОЕ, оцінка прохідності носових шляхів, оцінка функції нюху.

Продовження на стор. 24.

Гострий риносинусит

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 22.

Під час лікування в ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, необхідно виявити осередок хронічного запалення і, за його наявності, призначити відповідне лікування.

Лікування

Положення протоколу. ГРС є захворюванням, при якому одужання переважно відбувається без активної фармакотерапії; деякі випадки ГРС потребують патогенетичного та симптоматичного лікування. Інколи ГРС трансформується в бактеріальний ГРС і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

Лікування клінічно складних випадків, рецидивних і нетипових риносинуситів або ускладнень передбачає комплексний підхід з урахуванням тяжкості стану та супутньої патології, яка впливає на носове дихання.

Обґрунтування. Щодо симптоматичного лікування ГРС, є дані про недоцільність застосування інГКС для полегшення симптомів звичайної застуди; вони можуть призначатись, коли зменшення симптомів гострого післявірусного РС вважають необхідним. АГП виявляють обмежений короткостроковий (перший і другий дні захворювання) позитивний вплив на вираженість загальних симптомів у дорослих, але не в середньо- і довгостроковій перспективі. Багаторазові дози деконгестантів можуть чинити незначний позитивний вплив на суб'єктивні показники закладеності носа в дорослих зі звичайною застудою. Назальне зрошення сольовим розчином, можливо, має переваги в полегшенні симптомів гострих ІВДШ. Крім того, відомо, що парацетамол може сприяти полегшенню закладеності носа та ринореї, але не інших симптомів застуди (зокрема болю у горлі, загального нездужання, чхання і кашлю). НПЗП можуть допомогти послабити дискомфорт або біль, спричинені звичайною застудою. Деякі препарати комплексної дії

показали свою ефективність при вірусному та післявірусному РС, застосування комбінації АГП, анальгетиків і деконгестантів має деяку загальну перевагу в дорослих і дітей старшого віку.

Рутинне застосування антибіотиків при ГВРС не рекомендоване, оскільки відсутні докази користі антибіотиків при звичайній застуді. Антибіотики ефективні в пацієнтів із симптомами та ознаками, які вказують на ГБРС. Бактеріальна інфекція може виникати при ГРС, але здебільшого антибіотики мало впливають на перебіг хвороби.

Регулярні фізичні вправи середньої інтенсивності можуть стати гарною профілактикою звичайної застуди і бути корисними.

Необхідні дії

Обов'язкові

Патогенетичне та симптоматичне лікування ГРС призначають за необхідності, відповідно до наявної клінічної картини і стану пацієнта шляхом призначення лікарських засобів: анальгетиків, НПЗП, АГП, розчину натрію хлориду для інтраназального застосування, деконгестантів, фітопрепаратів із доведеною ефективністю, інГКС.

Антибіотикотерапію призначають емпірично пацієнтам, які відповідають критеріям ГБРС, або з тяжким перебігом хвороби.

Антибактеріальні лікарські засоби призначають згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Неефективність емпіричної антибактеріальної терапії; тяжкий перебіг ГРС із загрозою виникнення ускладнень; наявність ускладнень, ГБРС у пацієнтів з імуносупресією є показаннями для пункції синусів.

Наявність у пацієнта ускладнень ГРС є показаннями до проведення хірургічних утручань, таких як функціональні ендоскопічні втручання на приносових пазухах,

трепанопункція лобної пазухи, гайморо-фронтотомідо-сфеномомія.

За необхідності хірургічного лікування перевагу віддають малоінвазивним органозберігальним методикам.

Пацієнту необхідно надавати інформацію про ГРС, ХРС, алергічні захворювання та негативні наслідки, до яких може призвести неналежне лікування цих захворювань, необхідність уникнення або зменшення впливу чинників ризику, що сприяють розвитку ГРС, на основі інформації для пацієнта.

IV. Опис етапів медичної допомоги

Чинники ризику розвитку риносинуситів

Чинниками ризику є активне та пасивне куріння; вдихання подразнювальних речовин; порушення анатомічної будови структур порожнини носа та приносових пазух (викривлення носової перегородки, атрезія хоан, аденоїдні вегетації, гіпоплазія синусів, пухлини, сторонні тіла, бульозна деформація середньої носової раковини), захворювання, пов'язані з порушенням мукоциліарного кліренсу; ІВДШ, імунодефіцити, муковісцидоз, атопія, АР, бронхіальна астма (БА), одонтогенні інфекції, стоматологічні втручання, аномальна вологість повітря в приміщенні, зміни клімату, психічні розлади, тривога і депресія.

Діагностика

ГРС діагностують на підставі гострої появи типових симптомів, до яких належать закладеність носа, виділення з порожнини носа, біль або тиснення у ділянці обличчя, зниження або втрата нюху.

Оцінка має враховувати загальну клінічну картину (табл.).

Скарги

Основними скаргами є закладеність носа; виділення з порожнини носа чи постназальне затікання; відчуття тиснення, переповнення та болю в ділянці проєкції пазухи; загальна слабкість; зниження чи втрата нюху; відчуття закладеності у вухах; зубний біль, що віддає у верхню щелепу; біль у горлі.

Збір анамнезу захворювання

В анамнезі захворювання має бути така інформація: чи мають місце постійні виділення з носа (чи кашель) і впродовж якого часу; чи був зазначений двофазний характер захворювання – початок захворювання з ІВДШ, потім поліпшення стану з наступним погіршенням (виділення з порожнини носа, кашель чи гарячка); наявність тяжких симптомів, як-от гарячка $\geq 38^{\circ}\text{C}$ та гнійні виділення з порожнини носа понад три дні поспіль; дані щодо перенесених травм, ІВДШ, алергії (АР), БА, імунодефіцитів; куріння і пасивного куріння.

Іншими ознаками є гнійні виділення з порожнини носа; наявність гнійного секрету в порожнині носа; слабка відповідь на деконгестанти та АГП; односторонній біль над проєкцією пазухи.

Про те що це може бути ГБРС, свідчать односторонній біль у ділянці обличчя та зубний біль у проєкції верхньої щелепи, поєднання односторонніх виділень із порожнини носа з болем (переважно з одного боку) (табл.).

Фізикальне обстеження

Обов'язковий огляд охоплює обстеження та пальпацію щелепно-лищевої зони, огляд ротоглотки та зубів, за можливості – передню риноскопію.

Гарячка не має діагностичного значення, але температура тіла $>38^{\circ}\text{C}$ може вказувати на тяжкість хвороби та необхідність проведення активнішого лікування.

До типових симптомів та ознак ГРС належать закладеність носа; виділення (гнійні виділення не є ознакою ГБРС, оскільки спостерігаються і при ГВРС) з порожнини носа; біль чи тиснення в ділянці обличчя; зниження чи втрата нюху. Іншими симптомами можуть також бути набряк і гіперемія слизової оболонки порожнини

Таблиця. Клінічні критерії діагностики

Термін	Визначення	Симптоми/ознаки		Тривалість хвороби
ГРС* (у дорослих)	Раптова поява двох або більше симптомів, один з яких великий	Великі (основні) симптоми	Малі (додаткові) симптоми	До 4 (12) тижд.
		Закладеність/обструкція носа	Біль і/або відчуття тиснення в проєкції приносових пазух	
		Виділення з носа (передне або заднє затікання)	Зниження або втрата нюху	
ГРС* (у дітей)	Раптова поява двох або більше симптомів, один з яких великий	Закладеність/обструкція носа	Біль в проєкції пазухи, головний біль	До 4 (12) тижд.
		Виділення з носа (передне або заднє затікання)	Кашель	
ГВРС (у дорослих і дітей)	ГРС тривалістю до 10 днів, за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання	Дивись ГРС		До 10 днів
Гострий поствірусний РС (у дорослих і дітей)	Погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання або стійкість симптомів після 10-го дня від початку захворювання	Дивись ГРС		Від 5 (10) днів до 12 тижд.
ГБРС	Діагностують за наявності щонайменше трьох із таких симптомів/ознак	Виділення з порожнини носа (переважно з одного боку) і одночасна наявність слизових чи гнійних виділень у носовій порожнині (при риноскопії)		До 12 тижд.
ГБРС	Діагностують за наявності щонайменше трьох із таких симптомів/ознак	Значний локальний біль (переважно односторонній)		До 12 тижд. До 12 тижд.
		Гарячка ($>38^{\circ}\text{C}$)		
		Підвищення ШОЕ/рівня С-реактивного білка**		
		Двофазність захворювання (погіршення після першої, легшої, фази захворювання)		
		Дивись ГРС		
Гострий рецидивний РС	Наявність щонайменше чотирьох задокументованих епізодів ГРС, за умови, що кожний із цих епізодів тривав не менш ніж 7 днів	Дивись ГРС		До 12 тижд.

*Якщо епізод ГРС триває довше чотирьох тижнів, лікар повинен усвідомлювати, що має справу з нетиповим перебігом хвороби, тому спрямовує свої зусилля на пошук імовірної фонові причини такого перебігу хвороби (наприклад, порушення архітеконики носової порожнини та приносових пазух, захворювання лімфатичного глоткового кільця, одонтогенні процеси, імунодефіцитні стани, метаболічні хвороби тощо). **Ці лабораторні тести проводять лише у клінічно складних випадках, у разі рецидивних або нетипових риносинуситів, ускладнень.

носа чи набряк тканин над залученою пазухою; наявність носового слизу чи гною, що стікає по задній стінці глотки; кашель, гугнявість; підвищена больова чутливість (під час пальпації) над проекцією пазух чи підвищена больова чутливість щокли чи верхніх зубів (при перкусії); ознаки залучення підшкірної клітковини в ділянці орбіти, екзофтальм чи порушення очорухових функцій; ригідність потиличних м'язів; неприємний запах із рота; гарячка (не є діагностичною ознакою).

На користь ГРС (і в дорослих, і в дітей) можуть свідчити (окремо або в поєднанні з попередніми ознаками) риноскопичні (зокрема ендоскопічні) дані: слизово-гнійні виділення (переважно із середнього носового ходу) і/або набряк чи обструкція носового ходу слизом (переважно середнього). Окрім того, про цю патологію (і в дорослих, і в дітей) можуть свідчити (окремо або в поєднанні з попередніми ознаками) зміни на КТ: зміни слизової оболонки в остеомеатальному комплексі (ОМК) і/або пазухах.

Рецидивний ГРС в анамнезі (у дорослих) не є ознакою бактеріальної етіології ГРС.

Додаткові методи обстеження

Додаткові методи обстеження потрібно розглядати в клінічно складних випадках, при рецидивних або нетипових риносинуситах, ускладненнях, зокрема у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (чинниками ризику є назогастральні зонди, штучна вентиляція легень, пошкодження імунних механізмів і положення лежачи). До цих методів належать бактеріологічне обстеження (мазки, змиви, аспірат), радіологічні методи обстеження (КТ, МРТ; за неможливості проведення КТ або МРТ – рентгеномографія приносних пазух), визначення рівня С-реактивного білка, ШОЕ, оцінка прохідності носових шляхів (проба з ваткою; за можливості – проведення ринопневмоманометрії), оцінка функції нюху. Рівень С-реактивного білка >10 мг/л та ШОЕ >10 мм/год свідчать на користь гострого бактеріального синуситу.

Симптоми ускладнень ГРС

За наявності ознак ускладнень ГРС пацієнта впродовж трьох годин направляють/госпіталізують до відділення оториноларингології. До цих симптомів належать періорбітальний набряк чи гіперемія, екзофтальм, двоїння в очах, офтальмоплегія, зниження гостроти зору, виражений одно- чи двобічний головний біль, набряк м'яких

тканин обличчя, менінгеальні ознаки, неврологічна симптоматика, втрата свідомості.

Ступінь тяжкості

Ступінь тяжкості перебігу ГРС визначає лікар відповідно до клінічної картини та результатів обстеження пацієнта.

Ступінь тяжкості будь-якого із симптомів ГРС чи загального стану в дорослого пацієнта, у ситуаціях, коли пацієнт не погоджується з оцінкою ступеня тяжкості, визначеною лікарем, оцінює сам пацієнт за допомогою одного з методів: ВАШ (відрізок 10 см) або оцінюючи свій симптом як «відсутній», «легкий», «помірний» чи «тяжкий».

Обтяжуючими симптомами в дітей, що свідчать про тяжкість захворювання, є респіраторний дистрес-синдром (має симптоми обструкції ВДШ, утруднене ковтання, вдихання стороннього тіла в анамнезі), психічні розлади (втрата апетиту, порушення свідомості); знижений діурез чи наявність блювання, що призводить до дегідратації; головний біль чи ригідність потиличних м'язів, що може вказувати на менінгіт; висип; біль у горлі >5 днів поспіль; симптоматика коклюшу.

Цю інформацію враховують під час встановлення діагнозу та ухвалення рішення щодо тактики лікування.

Диференційний діагноз

Диференційний діагноз проводять із назофарингітом, аденоїдитом, АР, мігренню, наявністю сторонніх тіл у носовій порожнині, патологією зубів. У складних випадках треба проводити диференційну діагностику з рідкісними станами: ураження центральної нервової системи, патологія кісток черепа, синдром болю в ділянці обличчя, васкуліт, інвазивний грибовий синусит, назальна лікворея.

Деякі симптоми можуть вказувати на неінфекційний риніт, наприклад: свербіж у ділянці очей, носа, рота, піднебіння, вух; водянисті виділення з порожнини носа, чхання, закладеність носа, постназальне затікання слизу.

Лікування

Патогенетичне та симптоматичне лікування ГРС

Використовують НПЗП, інтраназальні та пероральні ГКС, сольові розчини для носа, інші препарати; пероральні та топічні деконгестанти, препарати комплексної дії; антибіотикотерапія може бути використана в разі підтвердженої бактеріальної інфекції.

Антибактеріальні лікарські засоби

Антибіотикотерапію призначають емпірично тим пацієнтам, чий симптоми відповідають критеріям ГБРС.

Призначення антибактеріальних лікарських засобів із профілактичною метою за наявності в пацієнта тяжких супутніх хвороб, що супроводжуються імунodefіцитними станами (наприклад, муковісцидоз), здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Хірургічне лікування

Показання для пункції синусів: неефективність емпіричної антибактеріальної терапії; тяжкий перебіг ГРС із загрозою виникнення ускладнень; наявність ускладнень, ГБРС у пацієнтів з імуносупресією; за неможливості проведення ФЕСХ у пацієнтів з ускладненнями.

Наявність у пацієнта ускладнень ГРС є показаннями до проведення хірургічних утручань, таких як дренаж функціональні ендоскопічні втручання на приносних пазухах, трепанопункція лобної пазухи, гайморо-фронтотоміодосфенотомія.

Ускладнення ГРС

Ускладнення виникають у край рідко – приблизно 3 на 1 млн пацієнтів упродовж року. Це приблизно 1 на 12 тис. випадків ГРС у дітей та 1 на 36 тис. – у дорослих. Частота ускладнень не залежить від застосування антибіотиків. За частотою вони розподіляються таким чином: очні – 60-75%, внутрішньочерепні – 15-20%, кісткові – 5-10%.

Очні ускладнення: реактивний набряк та абсцес повік, набряк клітковини та флегмона очниці, субперіостальний та інтраорбітальний абсцес.

Внутрішньочерепні ускладнення: епідуральний або субдуральний абсцес, абсцес головного мозку, менінгіт, енцефаліт, тромбоз верхнього сагітального та кавернозного синусів.

До кісткових ускладнень належить остеомиеліт кісток лицевого черепа.

Дата перегляду протоколу: 2028 р.

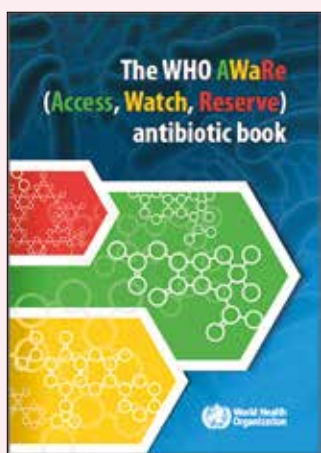
Подано скорочено.

Текст адаптовано та уніфіковано відповідно до стандартів Тематичного випуску Медичної газети «Здоров'я України».

Електронна версія документа за посиланнями:
http://www.moz.gov.ua/
та https://www.dec.gov.ua/mtd/home/



Призначення антибактеріальних препаратів при гострому риносинуситі відповідно до сучасного підходу протидії розвитку антибіотикорезистентності



Антибіотикорезистентність (АБР) визнано загрозою для глобального здоров'я, яка щороку спричиняє мільйони смертей в усьому світі. Невідповідне та надмірне використання антибіотиків (АВ) зумовлює підвищення стійкості мікробних збудників і негативно впливає на ефективність цих дуже важливих лікарських засобів. Завдяки Глобальному плану дій щодо АБР Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) працює над поліпшенням нагляду за резистентністю до протимікробних препаратів і скороченням нераціонального використання АВ.

Сьогодні всі національні системи охорони здоров'я відчувають потребу у високоякісних інформаційних джерелах задля поліпшення адекватного призначення АВ. Щоб задовольнити цю потребу, ВООЗ застосувала прагматичний підхід до розробки практичних рекомендацій з емпіричного використання АВ. Цей документ був опублікований 2022 р. в книзі ВООЗ AWaRe (Access, Watch, Reserve), у межах якої подано стислі, засновані на доказах рекомендації щодо вибору АВ, доз, шляхів введення та тривалості лікування понад 30 найпоширеніших клінічних інфекцій у дітей і дорослих на етапі як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги. Усі наведені в книзі рекомендації щодо антибіотикотерапії відповідають класифікації АВ ВООЗ AWaRe [1]. Нагадаємо, що у 2017 р. Комітет експертів ВООЗ із вибору та використання основних лікарських засобів представив медичній спільноті нову класифікацію АВ – AWaRe: групи Access (Доступ), Watch (Спостереження), Reserve (Резерв).

Група доступу – Access: АВ, активні проти широкого спектра поширених чутливих патогенів, які також демонструють нижчий потенціал формування резистентності, ніж АВ інших груп. Вибрані АВ групи Access рекомендовані як основні препарати першого або другого вибору для емпіричного лікування.

Група спостереження – Watch: АВ, які мають вищий потенціал формування резистентності. Ця група охоплює більшість найпріоритетніших засобів серед критично важливих протимікробних препаратів для медицини людини і/чи АВ, які мають відносно високий ризик резистентності. Вибрані АВ групи спостереження рекомендовані як основні варіанти емпіричного лікування першого або другого вибору для обмеженої кількості специфічних інфекцій.

Група резерву – Reserve: АВ та класи АВ, які потрібно використовувати для лікування підтверджених або підозрюваних інфекцій, спричинених мультирезистентними мікроорганізмами. АВ резервної групи треба розглядати наостанок [2].

Представники класів АВ, які увійшли до груп нової класифікації, наведені в таблиці.

Щодо лікування гострого риносинуситу відповідно до оновлених даних книги AWaRe (2022), він може бути запідозрений за наявності симптомів протягом 10 днів без поліпшення

Таблиця. Класифікація АВ AWaRe*

A (Access) Доступ	Wa (Watch) Спостереження	Re (Reserve) Резерв
Амоксицилін Амікацин Ампіцилін Амоксицилін-клавуланат Бензилпеніцилін Цефазолін Хлорамфенікол Кліндаміцин Клоксацин Доксциклін Гентаміцин Метронідазол Нітрофурантоїн Феноксиметилпеніцилін Прокаїн пеніцилін Спектиномицин Сульфаметоксазол-триметоприм	Азитроміцин Цефдинір Цефіксим Цефтріаксон Цефотаксим Цефтазидим Цефуросим Ванкоміцин (пероральний і внутрішньовенний) Ципрофлоксацин Меропенем Піперацилін-тазобактам	Фосфоміцин внутрішньовенний Лінезолід Колістин Поліміксин В Цефтазидим-авібактам Меропенем-ваборбактам Плазоміцин

*Детальніше в Стандарті медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів із лікувальною та профілактичною метою» (додаток №3), Наказ МОЗ України від 23.08.2023 р. №1513.

або в разі значного погіршення симптомів після нетяжкого перебігу на початку. Відповідно, якщо постає питання про призначення антибактеріальної терапії, препаратом вибору є **амоксицилін**, який демонструє активність проти *Streptococcus pneumoniae* як до найбільш імовірного збудника гострого бактеріального синуситу і належить до **групи А (Access)** згідно з новою класифікацією АВ [3].

Література

- https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382
- https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/infekciyniy-kontrol/administruvannya-amp/aware
- The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book, 2022, p. 61.

С1-ІНГІБІТОР ДЛЯ ВАШИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СПАДКОВИМ АНГІОНЕВРОТИЧНИМ НАБРЯКОМ (САН)



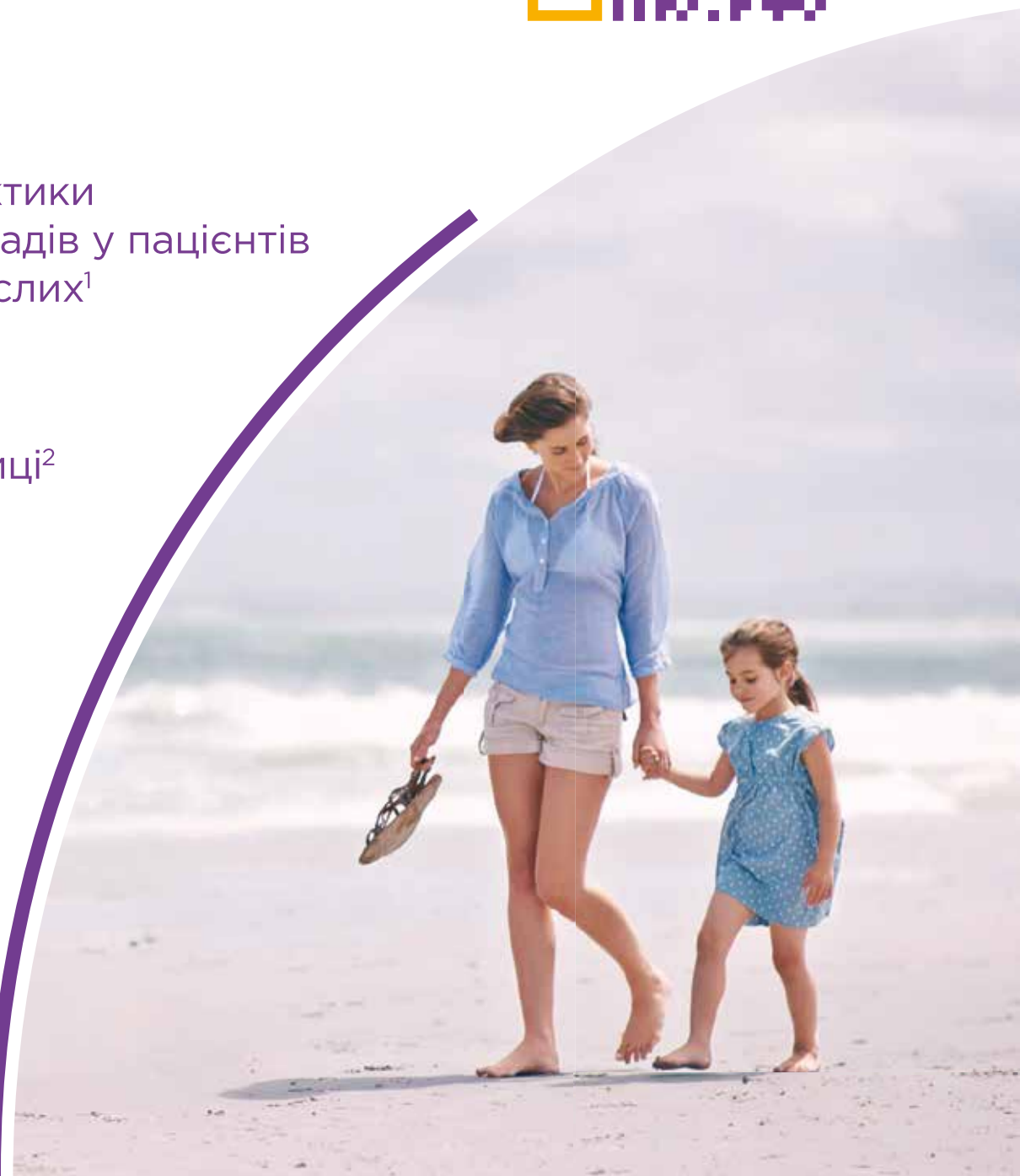
С1-ІНГ, схвалений для профілактики та невідкладного лікування нападів у пацієнтів дитячого віку, підлітків та дорослих¹

С1-ІНГ, понад 8 років досвіду застосування в клінічній практиці²

1 фіксована доза для рутинної профілактики для різних вікових груп²

можливість покращити якість життя³

лікування, яке добре переноситься²



Посилання: 1. Maurer M, et al. Allergy. 2022 <https://doi.org/10.1111/all.15214>. 2. Cinryze (C1 inhibitor [human]) Summary of Product Characteristics. March 2018. 3. Lumry WR, et al. Allergy Asthma Proc. 2014;35:371-376.

Коротка інформація щодо медичного застосування лікарського засобу СІНРАЙЗ
Склад: діюча речовина: C1 inhibitor (human); **Лікарська форма.** Порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Лікарські засоби, що застосовуються при спадковому ангіоневротичному набряку. Інгібітор С1, отриманий з плазми. Код АТХ В06А С01. **Клінічні характеристики. Показання.** Лікування і профілактика нападів ангіоневротичного набряку перед проведенням процедур у дорослих і дітей (віком від 2 років) зі спадковим ангіоневротичним набряком (САН). Рутинна профілактика нападів ангіоневротичного набряку у дорослих та дітей (віком від 6 років) з важкими і рецидивуючими нападами спадкового ангіоневротичного набряку (САН), які не переносять або недостатньо захищені пероральним профілактичним лікуванням, або у пацієнтів, які неадекватно реагують на повторне невідкладне лікування. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або будь-якої з допоміжних речовин. Побічні реакції. Найбільш поширеними побічними реакціями, що спостерігалися після інфузії препарату Сінрайз в клінічних дослідженнях, були головний біль і нудота. **Побічні реакції,** що спостерігалися при застосуванні препарату Сінрайз, класифікуються за системно-органними класами MedDRA та абсолютною частотою. Частота визначається як дуже часто ($\geq 1/10$), часто (від $\geq 1/100$ до $< 1/10$), нечасто (від $\geq 1/1000$ до $< 1/100$), рідко (від $\geq 1/10000$ до $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10000$) і невідомо (не можна оцінити за наявними даними). Побічні реакції, про які повідомлялося у клінічних дослідженнях та післяреєстраційних звітах: реакція підвищеної чутливості, головний біль, запаморочення, нудота, блювання, висип, еритема, свербіж, висип/еритема у місці ін'єкції, біль у місці інфузії, гіпертермія. Загалом безпека та

переносимість препарату Сінрайз однакові у дітей, підлітків і дорослих. **Фармакологічні властивості. Фармакодинаміка.** Механізм дії. Інгібітор С1 входить до складу надродина білків інгібітора серинової протеази, або серпіну. Основна функція серпінів полягає в регуляції активності серинових протеаз. Інгібітор С1 являє собою одноланцюговий глікопротеїн, виявлений в плазмі, який в зрілому стані складається з 478 амінокислот із середньою молекулярною масою 105 кД. Інгібітор С1 інгібує систему комплементу шляхом зв'язування з C1r і C1s, двома активними ферментними субодинами першого компонента системи комплементу (С1) в класичному шляху, а також з манозозв'язуючими лектинасоційованими сериновими протеазами в лектиновому шляху. Основним субстратом активованого ферменту С1 є С4; відсутність інгібування С1 призводить до зниження рівня С4. С1 є найбільш важливим інгібітором активації контакту і регулює контактну систему і внутрішній шлях коагуляції шляхом зв'язування та інактивації калікреїну і фактора XIIa. Оскільки ці шляхи є частиною посиленних ферментних каскадів, без інгібітора С1 спонтанна або тригерна активація цих шляхів може призвести до безперешкодної активації та набряку. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °С. Не заморожувати. Зберігати в оригінальній упаковці для захисту від світла. Зберігати в недоступному для дітей місці! За рецептом. **Виробник.** Такеда Мануфактурінг Австрія АГ, Австрія. Р. П. МОЗ України № № UA/18748/01/01 від 11.05.2021 року. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Повідомити про небажане явище, або про скаргу на якість лікарського засобу Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел. (044) 390-09-09. Email: AE.Ukraine@takeda.com

Містить рекламу. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників для публікації у виданнях, що призначені для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

© ТОВ «Такеда Україна» 2024. Всі права захищені. «ТАКЕДА» та є зареєстрованими торговельними марками компанії «Takeda Pharmaceutical Company Limited».

ТОВ «Такеда Україна», вул. Солом'янська, 11, БЦ Eleven, 11-й поверх, 03110, Київ, Україна. Тел.: +380 44 390 09 09. Факс: +380 44 390 29 29. E-mail: ua-office@takeda.com



НІКСАР®

Оригінальний біластин — неседативний антигістамінний препарат для усунення симптомів сезонного та цілорічного алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки 1,+ , 2, ++, 3

Тепер доступний у таблетках, що диспергуються в ротовій порожнині¹



1 таблетка НА ДОБУ 10 мг¹

1 таблетка НА ДОБУ 20 мг²

Ніксар®

10 мг

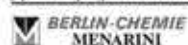
Призначений для застосування дітям віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг (kg).

Біластин

10 таблеток,

що диспергуються в ротовій порожнині

Для перорального застосування



від 6 до 11 років¹

Ніксар®

Біластин

10 таблеток

Для перорального застосування



з 12 років²

Біластин «Уособлює еволюцію досліджень антигістамінних препаратів стосовно їхньої як ефективності, так і безпеки»⁴

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Ніксар®. Склад. 1 таблетка містить біластину 20 мг. Фармакологічна група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. Показання. Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. Дорослі та діти (віком від 12 років). Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини (біластин) або до будь-якої з допоміжних речовин. Побічні реакції. У ході клінічних досліджень у пацієнтів, які страждали від алергічного ринокон'юнктивіту або хронічної ідіопатичної кропив'янки, побічні дії на тлі застосування біластину в дозі 20 мг виникали приблизно з тією ж частотою, що й на тлі застосування плацебо (12,7% та 12,8%). Повний перелік можливих побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. Спосіб застосування та дози. Дорослі та діти (віком від 12 років), 20 мг біластину (1 таблетка) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнтам із середніми або тяжкими порушеннями функції нирок біластину одночасно з інгібіторами Р-глікопротеїду застосовувати не слід. Будь ласка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способу та особливостей застосування препарату. Виробники. Менаріні-Фон Хейден ГмбХ. А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Місце знаходження. Лейпцігер штрассе 7-13, 01097 Дрезден, Німеччина. Віа Кампо ді Піле, 67100 Л'Аква (АК), Італія. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату НІКСАР® затверджено Наказом МОЗ від 12.01.2023 № 68 РП. № ЦА/13866/01/01. Ніксар® 10 мг. Склад. 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластину 10 мг. Фармакологічна група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. Показання. Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) і кропив'янки. Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, зазначених у розділі «Склад». Побічні реакції. Відсоток дітей (2-11 років), у яких спостерігалися побічні реакції після лікування алергічного ринокон'юнктивіту або хронічної ідіопатичної кропив'янки біластином у дозі 10 мг протягом 12-тижневого контрольованого клінічного дослідження, був порівнянний з відсотком пацієнтів, які отримували плацебо (68,5% проти 67,5%). Повний перелік можливих побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. Спосіб застосування та дози. Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. 10 мг біластину (1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнтам із помірним або тяжким порушенням функції нирок слід уникати одночасного застосування біластину та інгібіторів Р-глікопротеїну. Будь ласка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способу та особливостей застосування препарату. Виробник. А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Місце знаходження. Віа Кампо ді Піле, 67100 Л'Аква (АК), Італія. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату НІКСАР® 10 мг від 16.05.2022 №814 Р.П. UA/13866/02/01.

1. Інструкція для медичного застосування препарату НІКСАР® 10 мг затверджена Наказом МОЗ від 16.05.2022 №814 Р.П. UA/13866/02/01. 2. Інструкція для медичного застосування препарату НІКСАР® затверджена Наказом МОЗ від 12.01.2023 № 68 РП. № ЦА/13866/01/01. 3. <https://bilastina.com/en/bilastine-worldwide/>. Дата входу: 07.07.2023. 4. Ridolo E, et al. Bilastine: New insight into antihistamine treatment. Clin Mol Allergy. 2015;13:1

ЦА_НХ-027-2023_V1_Print. Затверджено 31.10.2023

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел: (044) 494 33 88.

