



№ 5 (81) 2025 р.
12 750 примірників*
Передплатний індекс 37638



9786727235480

Педіатрія



Доктор медичних наук

Тетяна Уманець

**Холодова алергія у дітей:
сучасний погляд
на проблему**

Читайте на сторінці 7



Лікар ортопед-травматолог

Віктор Кірейко

**Сучасні підходи
до антирабічної
профілактики: порівняння
українських протоколів
та рекомендацій ВООЗ**

Читайте на сторінці 8



Американська
академія педіатрії

**Призначення опіоїдів
під час гострого болю
у дітей та підлітків
в амбулаторних
умовах**

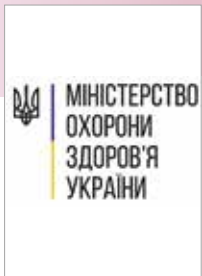
Читайте на сторінці 6



Глобальна ініціатива
з астми

**Оновлення GINA-2025.
Нові стандарти лікування
bronхіальної астми в дітей**

Читайте на сторінці 24



Міністерство охорони
здоров'я України

**Методичні рекомендації
щодо заходів
охорони психічного здоров'я
матері та дитини
у перинатальному
і постнатальному періодах**

Читайте на сторінці 20

Ніксар[®]

Оригінальний біластин — неседативний антигістамінний препарат для симптоматичного лікування сезонного та цілорічного алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки^{1,2,3}

АЛЕРГІЯ ПІД КОНТРОЛЕМ^{2,3}



Ніксар 10 мг
з 6 до 11 років^{2*}

Ніксар 20 мг
з 12-ти років³

24 h

24 години доведена ефективність^{2,3}

1 таблетка

на добу^{2*,3}

Швидкий початок дії⁴

Інформація про лікарські засоби для медичних та фармацевтичних працівників. Перед застосуванням НІКСАР[®], НІКСАР[®] 10 МГ, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом чинної інструкції для медичного застосування. Для отримання додаткової інформації про продукт, включаючи повний перелік побічних ефектів, протипоказань і особливостей застосування.

Скорочена інструкція для медичного застосування² **Склад:** діюча речовина: 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластину 10 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) і кропив'янки. Лікарський засіб НІКСАР[®] 10 мг показаний дітям віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компоненту препарату. **Спосіб застосування та дози.** Таблетку покласти в порожнину рота, де вона швидко диспергується у слині або диспергувати у воді перед застосуванням. 1 таблетка 1 раз на добу за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі або фруктового соку. Трива лість лікування: алергічний ринокон'юнктивіт - тільки в період контакту з алергенами; сезонний алергічний риніт - лікування можна припинити після пом'якшення симптомів та поновлювати після їх повернення; цілорічний алергічний риніт - безперервно застосовувати впродовж періоду контакту з алергенами; кропив'янка - залежить від характеру, тривалості та динаміки симптомів. Дані щодо застосування біластину вагітним жінкам відсутні або обмежені. **Побічні реакції.** Часто: риніт, головний біль, алергічний кон'юнктивіт, біль у животі/біль у верхньому відділі живота, сонливість. Категорія випуску: за рецептом.

Скорочена інструкція для медичного застосування³ **Склад:** 1 таблетка містить біластину 20 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компоненту препарату. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям від 12 років: 1 таблетка 1 раз на добу за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі або фруктового соку. Таблетки запивати водою. Тривалість лікування: алергічний ринокон'юнктивіт - тільки в період контакту з алергенами; сезонний алергічний риніт - лікування можна припинити після пом'якшення симптомів та поновити після їх повернення; цілорічний алергічний риніт - безперервно застосовувати впродовж періоду контакту з алергенами; кропив'янка - залежить від характеру, тривалості та динаміки симптомів. Дані щодо застосування біластину вагітним жінкам відсутні або обмежені. **Побічні реакції.** Часто: сонливість, головний біль. Категорія випуску: без рецепту.

У пацієнтів з помірним або тяжким порушенням функції нирок одночасне застосування біластину з інгібіторами Р-глікопротеїну, такими, наприклад, як кетоконазол, еритроміцин, циклоспорин, ритонавір або дилтіазем, може призводити до підвищення рівня біластину в плазмі та, отже, до збільшення ризику виникнення побічних реакцій. Тому пацієнтам із помірним або тяжким порушенням функції нирок слід уникати одночасного застосування біластину та інгібіторів Р-глікопротеїну³.

1. Перелік оригінальних (інноваційних) лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, станом на 05.08.2025 <https://www.dec.gov.ua/announcement/publikeyemo-onovleniy-proyekt-pereleku-orgiginalnyh-innovatsijnyh-likarskyh-zasobiv-zarejestrovanyh-v-ukrayini-stanom-na-05-08-2025-ta-vklyuchenyh-do-nacjonalnogo-pereleku-osnovnyh-likarskyh-zasobiv/> (останній доступ: 09.2025). 2. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар[®] 10 МГ, дата останнього перегляду 18.10.2023 РП UA/13866/02/01 3. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар[®] дата останнього перегляду 20.02.2025 РП №UA/13866/01/01 4. Horak F, Zieglmayer P, Zieglmayer R, Lemell P. The effects of bilastine compared with cetirizine, fexofenadine, and placebo on allergen-induced nasal and ocular symptoms in patients exposed to aeroallergen in the Vienna Challenge Chamber. Inflamm Res. 2010;59(5):391-398. *з масою тіла не менше 20 кг.

UA-NIX-04-2025_V1_Press. Затверджено 11.09.2025

Адреса представництва «Берлін-Хемі /А. Менаріні Україна ГмбХ»: Київ, 02098, вул. Березняківська, 29.
Тел.: (044) 494-33-88 E-mail: berlin-chemie@menarini.com.ua



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



ДЛЯ ВІЛЬНОГО ДИХАННЯ
ВАШОГО ПАЦІЄНТА!

Респеро Миртол форте

дистилат суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпту,
солодкого апельсину, мирту та лимона

Європейська настанова EPOS 2020
рекомендує Респеро Миртол Форте^{2,*}
у складі комплексної терапії гострого
поствірусного риносинуситу³

✓ очищує пазухи носа¹

✓ зменшує запалення²

✓ усуває інфекцію¹



Інформація про безрецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Перед застосуванням будь-якого лікарського засобу, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом діючої інструкції для медичного застосування. Скорочена інформація про лікарський засіб Респеро Миртол Форте Р.П. UA/4948/01/02

Склад: діюча речовина: 1 капсула містить 300 мг дистилату суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона. **Показання.** У складі комплексної терапії гострого і хронічного бронхіту, при запаленні придаткових пазух носа (синуситах). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату; запальні захворювання шлунка, кишечника та жовчовивідних шляхів; тяжкі порушення функції печінки. **Спосіб застосування та дози.** Капсули приймати за 30 хвилин до їди, запивати великою кількістю прохолодної води. Дорослим та дітям віком від 10 років при гострому запаленні: по 1 капсулі 3-4 рази на добу, при хронічному - по 1 капсулі 2 рази на добу. Таке ж дозування рекомендовано при довготривалій терапії. Дітям віком від 6 до 10 років (за умови можливості самостійного ковтання капсул): по 1 капсулі 2 рази на добу. **Побічні реакції.** Рідко: больові явища і дискомфорт у шлунково-кишковому тракті. Дуже рідко: нудота, блювання, діарея. У поодиноких випадках: алергічні реакції.

Виробник – Г. Польша Камп ГмБХ & Ко. КГ., Кілер Штрассе 11, 25551 Хохенлохштед, Німеччина. Представництво «Берлін Хемі/А. Менаріні Україна Гмбх». Адреса: м. Київ, вул. Березняківська 29, 7-й поверх. Тел: +38 (044) 494 33 88.

1. Інструкції для медичного застосування препарату Респеро Миртол Форте від 25.08.2020

2. Perić A, Soklić Košak T, Aleksić A, Koracheva-Barsova G, Perić AV. Efficacy and Safety of Myrtol® Standardized in the Treatment of Acute and Chronic Rhinosinusitis: A Review of Literature. Erciyes Med J 2021; 43(1): 3–8.

3. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S., et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 Rhinology. 2020 Suppl. 29: 1-464.

* вказаний в EPOS 2020 Миртол або Миртол стандартизований в Україні зареєстрований як Респеро Миртол та Респеро Миртол Форте UA-RES-10-2024-V1-Print. Матеріал затверджено 01/11/2024



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Сучасні підходи до лікування риносинуситу в педіатричній практиці: від теорії до клінічного досвіду

6-8 червня у Львові відбувся VII конгрес Української академії педіатричних спеціальностей PRIME Pediatrics 2025 – найбільший щорічний захід вітчизняної педіатрії, що об'єднує провідних фахівців для обговорення актуальних проблем дитячого здоров'я. На третій день конгресу, в межах сателітного симпозиуму, з доповіддю про раціональну фармакотерапію захворювань верхніх дихальних шляхів виступила доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри оториноларингології НМУ імені О.О. Богомольця Юлія Валеріївна Дєєва. Наведені у ній дані та клінічні рекомендації в контексті критичної необхідності перегляду усталених терапевтичних підходів у педіатричній практиці викликали значний резонанс серед учасників конгресу.



Ю.В. Дєєва

Аналіз сучасної клінічної практики свідчить про наявність суттєвого розриву між теоретичними знаннями та їхнім практичним застосуванням у веденні пацієнтів із гострим риносинуситом. Попри високий рівень підготовки вітчизняних спеціалістів і визнані досягнення української педіатричної школи, у практичній діяльності зберігаються підходи, які не відповідають сучасним доказовим рекомендаціям. Необхідність трансформації клінічної практики стосується не лише боротьби з антибіотикорезистентністю, але й формування відповідального підходу до кожного терапевтичного призначення у пацієнтів дитячого віку з гострими респіраторними захворюваннями.

Принцип індивідуалізованої терапії «лікувати не хворобу, а хворого», який традиційно був основою вітчизняної медичної школи, сьогодні повертається у світову практику як провідний підхід персоналізованої медицини. Це свідчить про необхідність збереження кращих традицій вітчизняної медичної освіти при одночасному впровадженні сучасних доказових підходів до лікування.

Риносинусит є найпоширенішим захворюванням у дітей і дорослих. Епідеміологічні дані демонструють чотириразову різницю в частоті захворюваності між ними, що закономірно корелює з пропорційно більшою кількістю діагностичних та терапевтичних помилок у педіатричній практиці. Висока частота захворюваності обумовлює необхідність особливо ретельного підходу до вибору терапевтичної тактики, враховуючи потенціал довготривалих негативних наслідків необґрунтованих медикаментозних призначень для здоров'я дитини.

Патофізіологічні основи захисту дихальних шляхів

Мукоциліарний кліренс є фундаментальним компонентом захисної системи респіраторного тракту, що виконує життєво важливу функцію у підтриманні гомеостазу і верхніх, і нижніх дихальних шляхів. Незважаючи на всебічне теоретичне розуміння його значення серед лікарів, ці знання у клінічній практиці реалізовані недостатньо.

Концептуально важливим є розуміння, що верхні та нижні дихальні шляхи становлять єдину функціональну систему. Запальний процес не має векторності («спускання» чи «піднімання»), а характеризується варіабельним охопленням слизової оболонки залежно від комплексу факторів: імунного статусу макроорганізму, вірулентності патогенів і впливу несприятливих зовнішніх чинників. Розуміння цієї патофізіологічної єдності є принципово важливим для формування адекватної терапевтичної стратегії.

Система захисту дихальних шляхів включає декілька рівнів: анатомічні бар'єри, важкодоступні особливо у дітей для терапевтичного впливу; імунологічні механізми різної складності; фізіологічні механізми очищення, серед яких кашель є ключовим для нижніх дихальних шляхів. Призначення муколітичних препаратів із першого дня захворювання без періоду спостереження за можливістю самостійного подолання організмом невеликого обсягу ураження часто є невиправданим втручанням у фізіологічні процеси самоочищення.

Анатомо-фізіологічні особливості

Слизова оболонка носа і приносних пазух являє собою єдину гістологічну структуру. Проте існує принципова різниця в можливостях терапевтичного доступу: якщо порожнину носа можна механічно очистити завдяки анатомічній ширині ніздрів та хоан включно з іригаційними процедурами, то приносні пазухи є закритими порожнинами, недоступними для зовнішніх промивних процедур. Для пазух мукоциліарний кліренс залишається єдиним фізіологічним механізмом евакуації секрету, що свідчить про критичну важливість його збереження і відновлення.

Існують генетично детерміновані патології в'язкого епітелію – дискінезії в'язкого епітелію носа та приносних пазух. У клінічній практиці спостерігається диспропорція уваги: муковісцидоз є добре відомою нозологією, тоді як невеликі дискінезії, що є безпосередньою причиною затяжних ринітів, часто залишаються поза діагностичною увагою.

Вікові особливості розвитку приносних пазух мають принципове значення для діагностичної та терапевтичної тактики. Встановлення діагнозу гаймориту у дітей трирічного віку схиляє до обґрунтованих питань щодо доцільності такої діагностичної практики. Навіть за наявності достатньо розвинених пазух у цьому віці виявлення рідинного вмісту не є ані індикатором тяжкості перебігу, ані показанням до антибактеріальної терапії. Патогенетично обґрунтованою є тактика спостереження протягом трьох-п'яти днів із підтримкою мукоциліарного кліренсу, що здебільшого забезпечує самостійне розв'язання патологічного процесу.

Патоморфологічні зміни при вірусній інфекції

Слизова оболонка дихальних шляхів функціонує як складний захисний механізм, що базується на взаємодії в'язкого епітелію та двофазної системи гелю й золю над ним. Ця багатоконпонентна система забезпечує ефективний захист організму від більшості респіраторних патогенів.

При вірусній інфекції, зокрема риновіруси, вже на третій-п'ятий день захворювання в'язкий епітелій зазнає значних структурних пошкоджень із втратою війок. У разі персистування патологічного процесу до сьомого-десятого дня на слизовій оболонці формуються ділянки повної денудації в'язкого покриву. Саме в цей критичний період, коли епітелій максимально скомпрометований, найчастіше призначають антибактеріальні препарати.

Проте патогенетичний аналіз демонструє відсутність раціонального обґрунтування такої тактики: антибактеріальні препарати не мають впливу на регенерацію в'язкого епітелію та не володіють протівірусною активністю. Враховуючи вірусну етіологію майже 98% випадків риносинуситу, призначення антибіотиків на цьому етапі не має патогенетичного обґрунтування, натомість створює додаткові проблеми через негативний вплив на мікробіом.

Руйнування мікробіому порожнини носа внаслідок необґрунтованої антибіотикотерапії є серйозною клінічною проблемою з довготривалими наслідками. Типовий клінічний сценарій характеризується такою послідовністю: дитина отримує курс антибактеріального препарату, через п'ять-сім днів після його завершення спостерігається рецидив лихоманки, що призводить до призначення повторного курсу антибіотика.

Сучасні клінічні рекомендації

Рекомендації EPOS 2020 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps), які є актуальними і для дорослої, і для педіатричної практики, чітко визначають диференційований підхід до антибактеріальної терапії при різних формах риносинуситу. Гострий вірусний та пост-вірусний риносинусит незалежно від віку пацієнта не є показанням для призначення антибактеріальних засобів. Гострий бактеріальний риносинусит лише у дітей віком до двох років класифікується як абсолютне показання для обов'язкового призначення антибіотиків.

Для дітей старшого віку і дорослих пацієнтів рекомендована тактика спостереження протягом 72 годин на тлі адекватної симптоматичної терапії перед ухваленням рішення про необхідність антибактеріальної терапії. Результати сучасних клінічних досліджень демонструють, що лише 3,5% пацієнтів із гострим бактеріальним риносинуситом об'єктивно потребують призначення антибактеріальних препаратів. Ця статистика набуває особливого значення в контексті глобальної проблеми антибіотикорезистентності,

що є актуальною для всіх регіонів і систем охорони здоров'я без винятку.

Саме із риносинуситом пов'язане призначення 50% всіх антибактеріальних препаратів у світі, причому переважна більшість цих призначень не відповідає клінічним показанням. За даними іспанських дослідників, 60% антибактеріальних препаратів призначають при вірусному та пост-вірусному риносинуситі, що пояснює високу антибіотикорезистентність у країнах Європейського Союзу.

Показово, що навіть у країнах із жорстким рецептурним контролем (Польща, Франція, Іспанія), де протягом тривалого періоду не продають без рецепта антибіотиків, лікарі далі надмірно призначають їх при риносинуситі. Це свідчить про системну проблему клінічного мислення, яка не вирішується лише адміністративними заходами. Потребує уваги і неконтрольоване застосування деконгестантів у педіатричній практиці. У батьківській популяції спостерігається поляризація: одна категорія застосовує препарати без консультації з лікарем, друга категорично відмовляється їх використовувати навіть за показаннями. Обидва підходи є клінічно неправильними та потребують корекції через систематичне якісне інформування.

Роль препаратів рослинного походження

Препарати рослинного походження посідають важливе місце в сучасному алгоритмі лікування гострого риносинуситу. Принципово важливо розуміти, що сучасні фітопрепарати не є простими рослинними екстрактами, а являють собою продукти високотехнологічного синтезу з доведеним впливом на зменшення тривалості захворювання та редукцію симптоматики при сприятливому профілі безпеки. У педіатричній практиці ця категорія препаратів особливо актуальна через мінімальний ризик побічних ефектів.

Респеро Миртол має два офіційно зареєстровані показання до застосування: гострий риносинусит і гострий бронхіт. Це відображає розуміння виробниками концепції єдності дихальних шляхів та патофізіологічного зв'язку верхніх і нижніх відділів респіраторного тракту. Механізм дії препарату включає кілька патогенетично важливих аспектів. Респеро Миртол характеризується виведенням через слизову оболонку дихальних шляхів, що створює ефект природної інгаляції без необхідності відвідування спеціалізованих медичних закладів для проведення інгаляційних процедур, виключаючи у такий спосіб ризик нозокоміального інфікування.

Додатковою клінічно значущою перевагою препарату є зменшення інтенсивності болювих відчуттів у ділянці іннервації трійчастого нерва. Ці симптоми часто стають причиною необґрунтованого занепокоєння і у батьків, і у лікарів, хоча не є індикатором тяжкості перебігу захворювання. Справжньою ознакою небезпечного стану є менінгеальний головний біль, який характеризується принципово іншою симптоматикою і потребує специфічної діагностичної тактики.

Отже, сучасний підхід до лікування риносинуситу ґрунтується на відмові від необґрунтованої антибіотикотерапії на користь патогенетичного лікування з підтримкою мукоциліарного транспорту. Більшість випадків риносинуситу має вірусну природу й минає без лікування антибіотиками. Респеро Миртол дає змогу досягти покращення без ризику антибіотикорезистентності та руйнування мікробіому. Дотримання клінічних рекомендацій, виважений підхід до антибіотиків, раннє призначення патогенетичної терапії покращують результати лікування та мінімізують ускладнення в педіатричній практиці.

Підготувала Анна Сочнева

Реклама

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 ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, керівник наукової школи кафедри управління охороною здоров'я 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, член президії 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, член президії 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, член президії НАМН України, директор ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова»
- 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. Пасечнікова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, 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, член президії НАМН України, директор Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Ю.І. Фещенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, генеральний директор ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені 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, почесний президент НАМН України
- В.П. Черних**, д. фарм. н., д. хім. н., професор, член-кореспондент НАН України

Засновник – Ігор Іванченко
Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Педіатрія»

Видавець – ТОВ «Рекламна агенція «Медичні видання»

Ідентифікатор медіа R30-03348
Передплатний індекс 37638
ШЕФ-РЕДАКТОР **Анна Хиць**

Поштова адреса:
Офіс 23 в, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04215.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
Тел.: +380 (95) 117-34-36

Редакціяa.khyts@health-ua.com
Відділ маркетингуchaplyzhenko@health-ua.com
Відділ передплати та розповсюдженняpodpiska@health-ua.com

Газету віддруковано: ТОВ «ПРИНТ-ІНК»
Офіс 1, вул. Зодчих, 50А, м. Київ, 03162.
Підписано до друку: грудень 2025 р.
Замовлення № 0404.
Загальний наклад **12 750** прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи поглядів авторів. За достовірність фактів, цитат, імен та інших відомостей відповідають автори. Редакція залишає за собою право редагувати та скорочувати надані матеріали.

Матеріали з позначкою «реклама» містять інформацію рекламного характеру про медичні вироби та методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, медичні лабораторії, послуги медичних клінік, медичну апаратуру, біологічно активні добавки, харчові продукти для спеціального дієтичного споживання, функціональні харчові продукти та дієтичні добавки тощо, а також про лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря та не внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів.

Публікації з позначкою ❶ містять інформацію про лікарські засоби, застосування та відпуск яких дозволяється лише за рецептом лікаря, а також про ті, які внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів. Публікації з позначкою ❷ призначені для медичних установ, лікарів і фармацевтів, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Правовий режим інформації, викладеної в цьому виданні або наданій для розповсюдження на спеціалізованих заходах із медичної тематики, визначається Законом України № 123/96-ВР «Про лікарські засоби», а також Законом України № 270/96-ВР «Про рекламу».

Відповідальність за зміст рекламних та інформаційних матеріалів, а також за їхню відповідність вимогам чинного законодавства несуть особи, які подали їх для розміщення у виданні. Повне або часткове відтворення та тиражування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається тільки з письмового дозволу видавця та з посиланням на джерело. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

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



Шановні колеги та партнери!
Запрошуємо Вас взяти участь у **XXX спеціалізованій виставці «ГалМед»**

Львівський медичний Форум – один з найбільших проєктів України, який представляє сучасне медичне та реабілітаційне обладнання, вироби медичного призначення, сучасні методи лікування, фармацевтичні препарати, новітні технології. Захід впроваджує багатьох років є практичною платформою для навчання та обміну досвідом фахівців галузі медицини.

У рамках Форуму на постійній основі відбуваються: спеціалізовані науково-практичні конференції, фахові школи, майстер-класи та практичні демонстрації за участю топових спікерів та відомих фірм-виробників галузі.

Наукову програму заходу формують провідні науковці, компанії бізнесу, фірми-виробники та медичні асоціації галузі.

Форум проходить за підтримки МОЗ України, Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної військової адміністрації та Управління охорони здоров'я Львівської міської Ради.

Тематичні розділи виставки:

- лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання;
- медичні прилади та інструменти;
- інноваційна медицина;
- лабораторна медицина;
- засоби реабілітації та товари для людей з обмеженими можливостями;
- офтальмологічне обладнання та оптика;
- фармацевтичні препарати;
- сучасна клініка та послуги;
- страхова медицина.

В рамках виставки: IX спеціалізована експозиція «Реабілітація»

В рамках Форуму:

- науково-практичні конференції;
- фахові школи;
- майстер-класи;
- презентація новинок та практичних кейсів за участю провідних спеціалістів галузі та відомих фірм-виробників.

Останній термін подачі заявок 10.04.2026 р.

До зустрічі у Львові!

Інформаційні партнери: Health.ua.com, ДЗОРІВНО, etc.

Тел.: +38 067 6711436
e-mail: nmi@galexpo.lviv.ua
www.facebook.com/Dental.Ukraine.Lviv/
www.galexpo.com.ua/stomat/
www.instagram.com/galimed.lviv

Організатор: **Гал-ЕКСПО** АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО

АНОНС



Теми для обговорення

- Мікробіом: нові горизонти
- Пребіотики та пробіотики
- Біохакінг і здоров'я майбутнього
- Профілактика хвороб і довголіття
- Персоналізована медицина
- Екологія, стиль життя та мікробіом

Реєстрація за QR-кодом:

Докладніше: <https://proprebiotic.com.ua>

З М І С Т

ПЕДІАТРІЯ

Сучасні підходи до лікування риносинуситу в педіатричній практиці:	
від теорії до клінічного досвіду	
Ю.В. Дєєва	3
Призначення опіоїдів під час гострого болю у дітей та підлітків в амбулаторних умовах	
Огляд клінічних рекомендацій Американської академії педіатрії	6
Холодова алергія у дітей: сучасний погляд на проблему	
Т.Р. Уманець	7
Рациональна антибіотикотерапія з перших років життя: сучасні підходи до вибору препаратів і оптимальні дозування	
За матеріалами XXVII Сідельниковських читань	
Т.О. Крючко, А.Л. Косаковський, С.О. Крамарьов та ін.	10-11
Сезонні варіації рівнів 25-гідроксिवітаміну D серед педіатричних пацієнтів	12-13
Міжнародні консенсусні критерії діагностики сепсису та септичного шоку у дітей	
Оновлення-2024	17
Гайдлайни ААР 2025: нові підходи до вакцинації дітей проти грипу	18-19

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Сучасні підходи до антирабічної профілактики: порівняння українських протоколів та рекомендацій ВООЗ	
В.П. Кірейко	8-9
Ефективність ксилітол-вмісного сольового розчину в післяопераційному догляді після турбінопластики	
Ю.В. Дєєва, О.В. Діхтярук, Я.В. Бондаренко	14-16
Оновлення GINA-2025. Нові стандарти лікування бронхіальної астми в дітей	24-25

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Методичні рекомендації щодо заходів охорони психічного здоров'я матері та дитини у перинатальному і постнатальному періодах	20-22
--	-------

З Новим роком та
Різдвом Христовим!

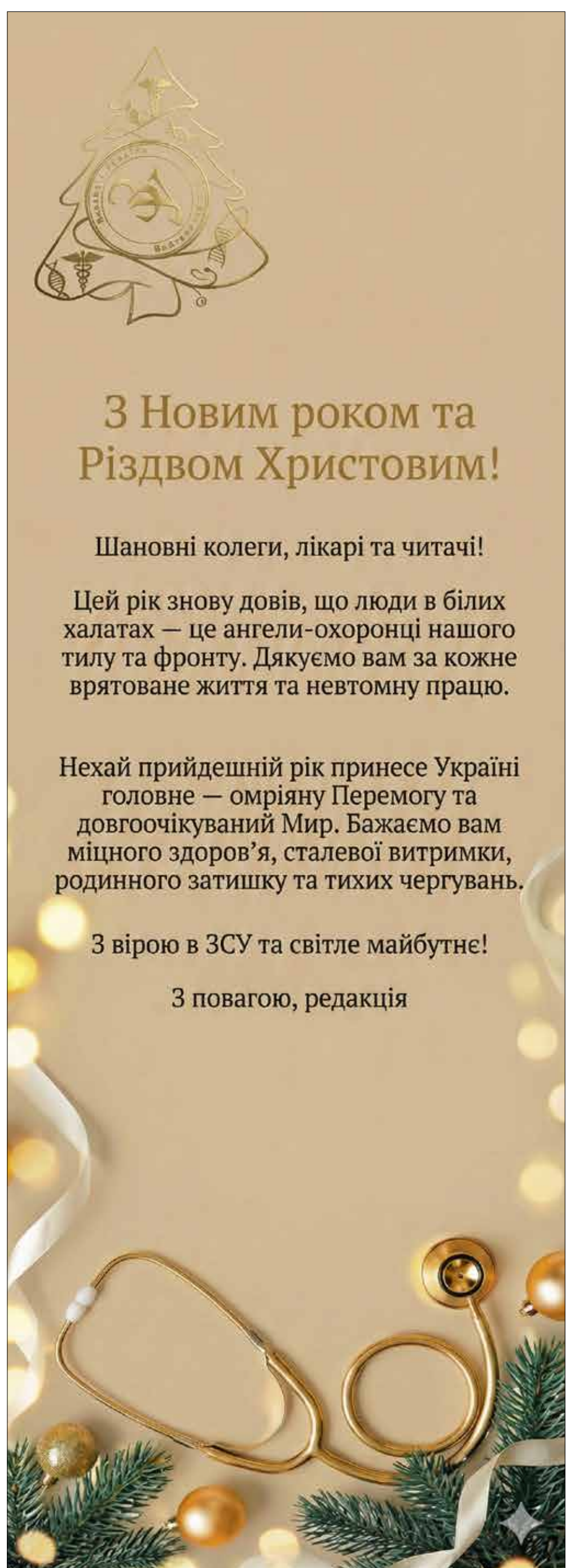
Шановні колеги, лікарі та читачі!

Цей рік знову довів, що люди в білих халатах – це ангели-охоронці нашого тилу та фронту. Дякуємо вам за кожне врятоване життя та невтомну працю.

Нехай прийдешній рік принесе Україні головне – омріяну Перемогу та довгоочікуваний Мир. Бажаємо вам міцного здоров'я, сталеві витримки, родинного затишку та тихих чергувань.

З вірою в ЗСУ та світле майбутнє!

З повагою, редакція





Призначення опіоїдів під час гострого болю у дітей та підлітків в амбулаторних умовах

Огляд клінічних рекомендацій Американської академії педіатрії

Американська академія педіатрії (ААП) представила перші клінічні рекомендації щодо безпечного призначення опіоїдних анальгетиків дітям і підліткам під час гострого болю в амбулаторних умовах. У центрі уваги – раціональне використання опіоїдів, коли вони необхідні для адекватного знеболювання, і водночас мінімізація ризиків розвитку опіоїдної залежності, отруєння та передозування.

Основною метою рекомендацій є допомога клініцистам у розумінні клінічних ситуацій, коли опіоїди можуть бути показані для лікування гострого болю у педіатричних пацієнтів, та визначення стратегій мінімізації потенційних ризиків. Також йдеться про необхідність усунення диспропорцій у лікуванні болю, оскільки представники афроамериканської, латиноамериканської спільнот та корінні американці отримують менш адекватне та своєчасне знеболювання порівняно з білошкірими пацієнтами [21–25]. Додаткові диспропорції можуть виникати залежно від мови спілкування, соціо-економічного статусу, походження та інших факторів.

Біль є однією з найпоширеніших причин, через яку діти, підлітки та їхні сім'ї звертаються по медичну допомогу [5–7]. Як клас медикаментів, опіоїди традиційно відігравали важливу роль у лікуванні деяких педіатричних пацієнтів, особливо коли біль має виражену інтенсивність. Проте з початку 2000-х рр. частота розвитку опіоїдної залежності, отруєнь та передозувань значно зросла серед дітей та підлітків у Сполучених Штатах [8–15]. Кількість призначень педіатричних опіоїдів знизилася після досягнення піку на початку 2010-х рр. [14–16]. На тлі загострення національної кризи передозувань, пов'язаних з опіоїдами, дехто може інтерпретувати цю зміну як позитивну тенденцію.

Водночас це широкомасштабне зменшення призначення опіоїдів педіатричним пацієнтам, ймовірно, включає скорочення не лише недоцільного, але й раціонального використання опіоїдів для лікування виражених больових синдромів, які недостатньо реагують на інші втручання [17–19]. Оскільки біль здатен негативно впливати на фізичний і психосоціальний стан, відмова від опіоїдів у ситуаціях, коли вони доцільні, може призвести до ширших негативних наслідків для деяких дітей та підлітків [18,20].

Згідно з рекомендаціями, клініцистам слід лікувати гострий біль, використовуючи мультимодальний підхід, який включає відповідне застосування нефармакологічних методів терапії, неопіоїдні медикаменти та, коли це необхідно, опіоїдні препарати. Опіоїди не слід призначати як монотерапію дітям чи підліткам із гострим болем [62, 66, 69]. Під час використання опіоїдів для лікування гострого болю клініцисти повинні призначати лікарські засоби негайно-го вивільнення, починати з найнижчих відповідних для віку та маси тіла доз і забезпечувати початкове постачання на п'ять або менше днів, якщо біль не пов'язаний із травмою чи хірургічним втручанням з очікуваною тривалістю болю понад п'ять днів [53, 72, 73].

Особливу увагу приділено протипоказанням до призначення кодеїну та трамадолу. Клініцистам не потрібно призначати ці препарати пацієнтам молодшим 12 років; підліткам віком від 12 до 18 років з ожирінням, обструктивним апное сну чи тяжким захворюванням легень; для лікування післяопераційного болю після тонзилектомії чи аденоїдектомії у пацієнтів молодших 18 років; або будь-яким пацієнтам, які годують грудьми [90–94]. Ці рекомендації базуються на даних про потенційно небезпечну варіабельність метаболізму кодеїну, що може призводити до неадекватного знеболювання або, навпаки, до респіраторної депресії та летальних наслідків [93, 95].

Рекомендації містять важливі положення щодо лікування гострого болю у дітей та підлітків із супутніми хронічними больовими синдромами. У таких випадках клініцистам слід призначати опіоїди, коли це доцільно, та співпрацювати з іншими лікарями, які призначають опіоїди цьому пацієнтові, та/або зі спеціалістами із хронічного болю чи паліативної допомоги для визначення відповідного плану лікування [31, 155–160]. Особлива обережність потрібна під час лікування гострого болю у пацієнтів, які приймають седативні препарати, такі

як бензодіазепіни, оскільки одночасне використання опіоїдів і седативних медикаментів може призводити до значної седатії, респіраторної депресії та летального результату [19, 36, 113, 114].

У документі йдеться про потенційну небезпеку раптового припинення або швидкого зниження доз опіоїдів у осіб, які тривалий час отримували стабільні дози опіоїдів для лікування хронічного болю. Такі дії можуть призводити до погіршення у них психічного здоров'я і спонукати до пошуків опіоїдів на нелегальному ринку препаратів [19,30–32].

Важливим аспектом безпеки є рекомендація щодо забезпечення налоксону. Під час призначення опіоїдів клініцисти повинні надавати налоксон і консультувати пацієнтів та їхні сім'ї щодо ознак передозування опіоїдами та способів реагування на передозування [19, 121–124]. Налоксон є антагоністом опіоїдних рецепторів, високоефективним у реверсії передозувань опіоїдами. Він найчастіше доступний у формі назального спрею 4 мг. Ця доза зазвичай достатня для реверсії передозування опіоїдами включно з передозуванням нелегальним фентанілом [125, 126].

В центрі уваги – також дотримання вимог безпечного зберігання та прийому медикаментів під наглядом. Клініцисти мають пояснити батькам, що опіоїди слід зберігати у надійному місці, недоступному для дітей та підлітків [135–138]. Безпечне зберігання ліків запобігає отруєнням у дітей. Насамперед це стосується опіоїдів, які можуть становити загрозу для життя маленьких дітей, навіть якщо йдеться про невеликі кількості.

Не менш важливо роз'яснювати, що таке безпечна утилізація невикористаних медикаментів. Підлітки, які вдаються до немедичного використання рецептурних опіоїдів, найчастіше отримують їх завдяки власному рецепту або родича чи друга [148]. Клініцисти мають не лише наголошувати про необхідність безпечної утилізації невикористаних опіоїдів, але й надати потрібні рекомендації [147]. Знаючи про це, батьки або опікуни своєчасно утилізуватимуть залишки опіоїдів своєї дитини [149,150].

У документі зазначено, що саме нелегально виготовлений фентаніл, а не рецептурні опіоїди, наразі є найпоширенішою причиною отруєнь і смертей від передозування серед дітей та підлітків [10, 33, 34]. Смертність від фентанілу серед підлітків віком 10–19 років зросла на 182% між 2019-м та 2021 р., водночас 83,9% смертей підлітків від передозування в цей період були пов'язані з нелегально виготовленим фентанілом [33]. Однак протягом 2000-х і на початку 2010-х рр., імовірно, недоцільне призначення опіоїдів сприяло зростанню негативних наслідків, пов'язаних з опіоїдами [15, 35–39].

Оптимальний підхід залежить від розуміння пацієнтами та їхніх сімей важливості нефармакологічних стратегій. Важливо формувати у них реалістичні очікування, обіцяючи не повну відсутність болю, а радше його утримання на стерпному рівні [8, 39, 62]. Нефармакологічні анальгетичні стратегії включають використання льоду або тепла, масажу, черезшкірної електричної нервової стимуляції, підтримання ушкодженої ділянки вище від рівня серця для мінімізації набряку, музикотерапію, когнітивно-поведінкову терапію, акупунктуру та комPLEMENTARНІ методи терапії, такі як рейкі, терапевтичний дотик та ароматерапія, але не обмежуються цим [70].

Ключовими серед неопіоїдних анальгетиків є ацетамінофен та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Якщо немає специфічних протипоказань до їхнього використання, ацетамінофен та НПЗП мають стати первинною фармакологічною стратегією для очікуваної тривалості загоєння і можуть за потреби використовуватися постійно під час лікування гострого болю, залежно від його тяжкості або клінічної ситуації

[8]. Місцеві засоби також можуть бути корисними неопіоїдними анальгетиками для певних типів болю. Для деяких пацієнтів регіонарна аналгезія може забезпечити знеболювання в післяопераційний період під час гострого болю.

Зазначено, що під час лікування болю клініцисти повинні ретельно враховувати дані, згідно з якими чорношкірі, латиноамериканці та корінні американці з меншою ймовірністю отримують своєчасне та ефективне лікування болю, навіть після врахування його рівня в різних больових станах, багато з яких призводять до виражених гострих больових синдромів [21–25]. Якщо англійська не є їхньою основною мовою, це також може стати на заваді. Існують, ймовірно, інші диспропорції в лікуванні болю залежно від соціоекономічного статусу та походження [22].

Документ містить дванадцять ключових рекомендацій, заснованих на доказах, отриманих завдяки рандомізованим контрольованим і ґрунтовним обсерваційним дослідженням. Якщо дослідження відсутні або їх не можна провести з етичних міркувань, настанови базуються на експертній думці. Кожна ключова рекомендація включає рівень доказовості, співвідношення користі та шкоди та силу настанови [42].

У рекомендаціях визнана наявність значних прогалин у доказовій базі та йдеться про потребу в майбутніх дослідженнях. Необхідні високоякісні клінічні випробування для встановлення ідеального дозування і тривалості лікування опіоїдами, порівняння ефективності різних опіоїдних препаратів, вивчення комбінацій опіоїдних та неопіоїдних медикаментів у поєднанні з нефармакологічними підходами. Особливо бракує даних про ведення болю в амбулаторних умовах, коли його симптоми контролюють пацієнти та члени сім'ї, а не клініцист [176].

Успішна і стійка імплементація рекомендацій в практику потребує ретельного врахування бар'єрів і фасилітаторів, щоб подолати брак знань, часу та ресурсів, опір змінам і неусвідомлену упередженість. Як засвідчують дані, підтримка клінічних рішень може надаватися через системи електронних медичних карток для подолання деяких бар'єрів, пов'язаних зі знаннями, часом і ресурсами [88, 169].

Згідно з рекомендаціями, потрібно моніторити використання опіоїдів за показниками дотримання вимог справедливості в охороні здоров'я, що стосуються раси, етнічної приналежності, основної мови та страхового статусу, і втручатися, якщо виявлено диспропорції. Навчання з питань неусвідомленої упередженості та диспропорцій є ключовими стратегіями покращення ситуації [171].

Висновок

Клінічні підходи до лікування болю значно змінилися за останні два десятиліття. На початку століття переважала більшість наративів щодо лікування болю ґрунтувалася на ліберальному використанні опіоїдів включно із концепцією, що біль є п'ятим життєво важливим показником. У міру того як рецептурні опіоїди чимраз більше призводили до смертей від передозування в США, багато клініцистів почали радикально відмовлятися від опіоїдів для знеболювання навіть тоді, коли ці призначення, ймовірно, були показані.

У рекомендаціях визнано, що це завдало шкоди дітям та їхнім сім'ям по всій країні, тож варто забезпечити раціональний підхід до їхнього використання. Біль потрібно лікувати, вдаючися до мультимодальних підходів, які включають опіоїди, коли це доцільно, дотримуючись вимог для мінімізації ризику розвитку опіоїдної залежності, отруєння і передозування. У документі також визнано існування диспропорцій, що мають негативні наслідки для здоров'я та психічного здоров'я сімей.

За матеріалами: Hadland S.E., Agarwal R., Raman S.R. et al. American Academy of Pediatrics. Opioid Prescribing for Acute Pain Management in Children and Adolescents in Outpatient Settings: Clinical Practice Guideline. Pediatrics. 2024;154(5): e2024068752

Підготувала **Олена Речмедіна**



Холодова алергія у дітей: сучасний погляд на проблему

Із настанням холодної пори року лікарі загальної практики та педіатри неминуче стикаються з проблемою, яка виходить за межі звичних респіраторних захворювань. Йдеться про холодову алергію – стан, що потребує особливої уваги саме в дитячій популяції через специфіку перебігу та потенційно небезпечні наслідки. 28-29 листопада 2025 р. відбувся Міжнародний міждисциплінарний конгрес «Ефективність і безпечність лікарських засобів: стандарти діагностики та лікування» у межах проєкту «Життя без алергії. INTERNATIONAL», де з доповіддю «Сучасні погляди на холодову алергію: що відомо?» виступила Тетяна Рудольфівна Уманець – доктор медичних наук, головний науковий співробітник відділення імунозалежних станів, ревматичних та респіраторних хвороб у дітей ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України».

Холодова алергія (ХА) являє собою реакцію гіперчутливості, індуковану впливом фізичного фактора – низьких температур. Історія вивчення цього феномена сягає 1866 р., коли Н. Boudron вперше описав симптоми, пов'язані з реакцією організму на холод. Важливо розуміти, що її провокують не лише погодні умови, а й контакт із водою, вживання їжі та напоїв, а також дотик до об'єктів, що є холодними, – ситуації, звичні для дітей.

ХА вражає приблизно 3% населення, причому мешканці північних регіонів більш схильні до таких реакцій. Основним клінічним проявом є холодова кропив'янка, яка здебільшого трапляється у жінок. Щодо вікового розподілу, найчастіше захворювання маніфестує у період другої-четвертої декади життя, проте може спостерігатися в будь-якому віці включно із дитячим. Особливу непокоїть той факт, що третина пацієнтів може мати системні реакції – холодову анафілаксію, яка становить безпосередню загрозу життю.

Попри тривалу історію вивчення проблеми, механізми розвитку ХА досі остаточно не з'ясовані. Ключовими клітинами патогенезу є мастоцити (опасисті клітини), на поверхні яких розташовані сотні тисяч імунних рецепторів. За дії низьких температур відбувається деагрануляція цих клітин із вивільненням великої кількості медіаторів запалення, серед яких гістамін вважається головним і найшвидшим медіатором ХА.

Найчастіше науковці розглядають теорію аутоімунної реакції. Згідно з нею, під впливом холоду виробляються аутоантигени, і при експозиції низьких температур виникає аутоімунна реакція першого типу за участі імуноглобуліну Е та другого типу за участі імуноглобуліну G. Водночас тривають активні дослідження й інших механізмів: підвищеної реактивності рецепторів шкіри (TRP – транзитного рецепторного потенціалу), нейрогенних сигналів із вивільненням гістаміну та речовини Р унаслідок активації мастоцитів. У частини пацієнтів у патогенезі залучені кріоглобуліни за участі компонентів комплементу. В останніх публікаціях йдеться про роль певних генетичних мутацій, зокрема KIT-816V, що сприяє розумінню спадкової схильності до цього стану.

Інтенсивність клінічних проявів залежить від кількох факторів: температури впливу, форми захворювання, тривалості контакту з холодом та індивідуальних особливостей організму. Згідно із сучасними міжнародними рекомендаціями, за тривалої перебігу виділяють три типи холододових реакцій:

- локалізована реакція, що виявляється як почервоніння шкіри в місцях контакту з холодом без ангіонабряку гортані (спостерігається приблизно у 30% пацієнтів);
- генералізована форма ХА, яка не супроводжується кардіоваскулярними та респіраторними симптомами;
- найтяжча генералізована форма із системною реакцією організму, значним порушенням дихання, кардіоваскулярними симптомами або ангіонабряком гортані, що фактично збігається із симптомами анафілаксії.

Слід зазначити, що ХА може бути й ідіопатичною, і вторинною, причому вторинні форми трапляються значно частіше. Найпоширенішим клінічним проявом залишається холодова кропив'янка, яка належить до підтипу хронічної індукованої кропив'янки. Клінічна картина варіює від незначного локалізованого почервоніння з відчуттям свербіж до виражених пухирів і набряку. За умов усунення подразника прояви зазвичай зникають протягом години. Існують також атипичні форми: відстрочена холодова кропив'янка, індукована холодом холінергічна кропив'янка і холодозалежний дермографізм.

Хоча холодова кропив'янка належить до хронічних форм (хронічна кропив'янка (ХК) триває понад шість тижнів), її перебіг характеризується рецидивами на тлі дії тригерного фактора. Згідно з літературними даними, середня тривалість захворювання може сягати 20 років, а типова тривалість становить від п'яти до десяти років. У пацієнтів із ХА часто є ще алергічні чи атопічні захворювання. До 30% хворих на холодову кропив'янку демонструють реакції шкіри на інші фізичні стимули, тобто мають поєднання з іншою хронічною індукованою кропив'янкою. Найбільш непокоїть, що у 50% випадків холодова кропив'янка може прогресувати до анафілаксії.

Діагностика та фактори ризику розвитку анафілаксії

Для педіатра критично важливо вміти розпізнати анафілаксію. Її слід підозрювати за наявності одного з трьох критеріїв:

- гострий початок (від хвилин до години) із залученням шкіри або слизових оболонок у поєднанні з респіраторними симптомами або падінням артеріального тиску;
- два або більше з перелічених проявів (залучення шкіри чи слизових оболонок, респіраторні симптоми, падіння артеріального тиску, персистуючі гастроінтестинальні симптоми), що виникають невдовзі після дії подразника;
- падіння артеріального тиску, особливо якщо воно повторюється після контакту із певним тригером протягом хвилин або декількох годин.

Завдяки сучасним дослідженням виділяють групи пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку ХА. Це надзвичайно важливо для профілактичної роботи, оскільки таких пацієнтів та їхніх батьків можна навчити запобігати потенційно фатальним наслідкам.

Фактори ризику:

- тривала холодова кропив'янка в анамнезі;
- індуковані холодом симптоми, пов'язані з орофарингеальною зоною (набряк язика або увули, труднощі із ковтанням, дисфонія);
- генералізовані прояви кропив'янки;
- виражено позитивний холододовий тест із великою локальною реакцією;
- системні реакції в анамнезі.

Особливу групу ризику становлять пацієнти з інсектною анафілаксією (на отруту перетинчастокрилих), хворі з підвищеним рівнем базальної триптази (мастоцитоз, спадкова альфа-триптаземія) та атопіки з високим рівнем імуноглобуліну Е.

Діагностика ХА базується на даних анамнезу та клінічних проявах, а підтверджує її застосування холододових тестів. Класичний метод із кубиком льоду – прикладання льоду до внутрішньої поверхні передпліччя на п'ять хвилин з оцінюванням результату через 10 хвилин. Позитивним результатом вважається поява почервоніння та набряку в цій ділянці. Чутливість цього тесту становить 83%, а специфічність при негативному результаті сягає 100%. Важливо пам'ятати, що негативний результат не виключає діагнозу ХА, особливо її атипичних форм. Альтернативою є стандартизований пристрій TempTest, який працює за аналогічним принципом.

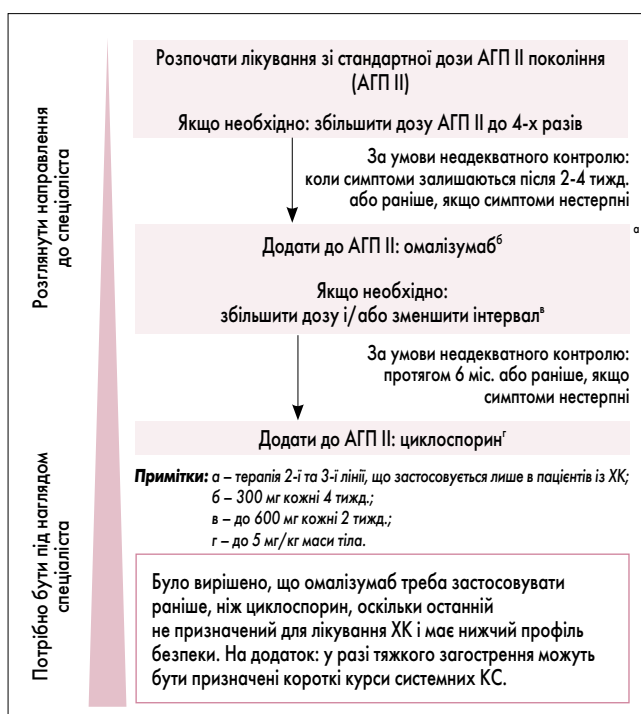


Рисунок. Алгоритм лікування холодової кропив'янки
КС – кортикостероїди.



Т.Р. Уманець

Оскільки холодова кропив'янка часто є вторинним проявом, необхідно проводити диференційну діагностику. Вона може розвиватися на тлі інфекційних процесів (вірусних гепатитів, бактеріальних інфекцій, зокрема *Helicobacter pylori* та мікоплазми, паразитарних інвазій), аутоімунних і лімфопроліферативних захворювань. Підвищувати чутливість до холоду можуть певні препарати: пеніциліни, комбіновані оральні контрацептиви, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту. Серед харчових продуктів це високопротеїнова їжа, зокрема яловичина.

Терапевтичні підходи й особливості ведення дітей

Лікування ХА є переважно симптоматичним. Першочерговим заходом залишається уникнення безпосередньої дії холоду на відкриті ділянки тіла, насамперед обличчя та руки. Медикаментозна терапія базується на застосуванні антигістамінних препаратів, причому перевага надається препаратам другого покоління для зменшення почервоніння, свербіж і уражень шкіри. При розвитку анафілаксії, незалежно від тригера, препаратом першої лінії залишається епінефрин.

Оскільки холодова кропив'янка належить до ХК, менеджмент таких пацієнтів ґрунтується на відповідних алгоритмах (рис.). Першим кроком є призначення антигістамінних препаратів (АГП) другого покоління у стандартних дозах. Якщо через два тижні контролю не досягнуто, застосовують режим підвищення дози – збільшення до чотириразової. За недостатньої ефективності рекомендоване поєднання АГП з омалізумабом, водночас залежно від відповіді пацієнта можна збільшувати дозу або зменшувати інтервал між введеннями. У резистентних випадках розглядають імуносупресивну терапію циклоспорином.

Для лікування холодової кропив'янки та інших форм ХК перевагу надають АГП другого покоління та нової генерації. Серед них заслуговує на увагу молекула біластин. З огляду на дані про мінімальну занятість Н₁-рецепторів головного мозку, біластин можна характеризувати як АГП, що практично не проникає через гематоенцефалічний бар'єр. Це надзвичайно важливо для активних дітей, які дотримуються звичного способу життя й не повинні страждати від седативних побічних ефектів. Проведені дослідження продемонстрували, що оригінальний препарат біластину Ніксар[®] більш ефективно контролює симптоми свербіж порівняно з дезлоратадином та рупатадином. Варто зазначити, що в літературі для лікування ХК описані лише три молекули – біластин, дезлоратадин та рупатадин, і саме біластин не лише контролює свербіж, але й інтенсивніше пригнічує утворення пухирів, демонструючи вищу ефективність у режимі підвищення дози.

Питання безпеки залишається ключовим під час вибору терапії у педіатричній практиці. Біластин продемонстрував високий профіль безпеки в різних вікових категоріях дітей, що є принципово важливим для педіатра. На сьогодні препарат зареєстрований для застосування із шести років (у світі – з двох років) у формі легкодисперсованих таблеток, які швидко розчиняються в слині або воді. Режим дозування передбачає одноразовий прийом на добу: 10 мг для дітей від 6 до 11 років та 20 мг для дітей із 12 років. Ніксар[®] може розглядатися як препарат вибору для лікування ХА у дітей із шестирічного віку.

Отже, попри тривалу історію вивчення ХА, механізм розвитку цього стану досі недостатньо з'ясований. Потребують уточнення класифікаційні підходи, патофізіологічні механізми, клінічні предиктори перебігу, біомаркери, критерії виділення груп ризику та новітні терапевтичні стратегії. Для педіатра важливо пам'ятати, що з настанням холодної пори актуалізується проблема холододових реакцій гіперчутливості; до 50% таких пацієнтів мають ризик розвитку холодової анафілаксії; неседативні АГП другого покоління здатні не лише попереджувати, а й лікувати прояви ХА у дітей, забезпечуючи повноцінне активне життя.

Підготувала Анна Сочнева

①

3

Сучасні підходи до антирабічної профілактики: порівняння українських протоколів та рекомендацій ВООЗ

20 вересня 2025 р. в Києві відбувся науково-практичний захід «PedSMART. Вакцинація», організатором якого стала Українська академія педіатричних спеціальностей. Його учасники зосередилися на таких темах: особливості імунопрофілактики при нефропатології, захворюваннях нервової системи у передчасно народжених дітей, юридичні аспекти вакцинації, забезпечення холодового ланцюга, комунікаційні стратегії, вакцинація після трансплантації гемопоетичних клітин, при біологічній та таргетній терапії, тромбоцитопенії, оновлений календар щеплень.

В межах заходу дитячий ортопед-травматолог медичної мережі «Добробут» Віктор Петрович Кірейко презентував доповідь «Відмінності в рекомендаціях України та ВООЗ з вакцинації проти сказу», в якій висвітлив критичні розбіжності між українськими протоколами (наказ МОЗ № 205) та міжнародними рекомендаціями ВООЗ щодо антирабічної профілактики, зокрема питання спостереження за тваринами, категорії ушкоджень, схем вакцинації, показань до введення імуноглобуліну та інші практичні аспекти надання допомоги укушеним.

Проблема адекватної антирабічної профілактики залишається актуальною для лікарів України, особливо в контексті частих розбіжностей між діями медичних працівників і чинними протоколами. Численні скарги батьків на дії лікарів-травматологів свідчать про недостатнє знання навіть тих документів, на які посилаються самі фахівці. Ситуації, коли замість проведення екстреної вакцинації або комбінованої імунопрофілактики батькам пропонують спостерігати за білками в парку, щоб визначити, яка саме тварина вкусила дитину, виглядають абсурдними, але, на жаль, трапляються.

В Україні надання допомоги укушеним регламентоване наказом МОЗ № 205 та інструкціями до антирабічних препаратів. Основними виконавцями визначені травматологи та хірурги, які працюють у травматологічних пунктах і хірургічних відділеннях. Водночас рекомендації ВООЗ мають принципово інший характер. ВООЗ чітко зазначає, що її настанови представляють погляд експертів і не є обов'язковим документом, а лише основою для розроблення конкретних рекомендацій у кожній країні з подальшим законодавчим упродовженням. Цей підхід передбачає адаптацію міжнародного досвіду до місцевих умов.

Будь-яку тварину, недоступну для спостереження, потрібно вважати потенційно інфікованою сказом. Постекспозиційну профілактику слід розпочинати негайно.

Спостереження за тваринами

Одним із найбільш дискусійних є питання спостереження за тваринами замість негайної вакцинації. Рекомендації ВООЗ містять однозначну позицію: тварин, що недоступні для оцінювання та спостереження, слід вважати потенційно інфікованими сказом. Постекспозиційну профілактику потрібно розпочинати в будь-якому разі. Виняток становлять лише зони, вільні від сказу у наземних тварин, що підтверджено належним наглядом. Належним наглядом вважають інтегроване ведення випадків укусів тваринами, що передбачає об'єднання зусиль медиків, ветеринарів і санітарно-епідеміологічної служби. Такий принцип реально діє в країнах, де він упроваджений, і дає змогу зменшити витрати вакцини завдяки обґрунтованому підходу до кожного випадку.

Згідно з експертною думкою, сформованою у 2024 р., є дві основні схеми оцінювання ризику. Перша базується на категоріях ушкодження, друга враховує ризик контакту з конкретною твариною. Категорії ушкодження традиційні: перша категорія означає відсутність ушкодження шкіри і не потребує втручання. При другій та третій категоріях вакцинацію розпочинають у будь-якому разі, після чого оцінюють додаткові ризики. Принципово важливим є уточнення щодо третьої категорії: якщо наявна кров, це автоматично третя категорія, що потребує введення імуноглобуліну.

Раніше в інструкціях фігурували глибокі укуси з ушкодженням поверхневої фасції, однак визначити локалізацію цієї фасції в практичних умовах складно навіть для хірургів.

Якщо обмежень у кількості імуноглобуліну немає, його вводять усім пацієнтам із третьою категорією ушкодження. За наявності обмежень розглядають критерії високого ризику: ушкодження критичних ділянок (голова, шия, кисті, геніталії), потрапляння слини на слизові оболонки, контакт із кажанами, імунодефіцит у пацієнта, множинні глибокі рани. Теоретично можна вводити імуноглобулін усім підряд, як це роблять у Канаді, але такий підхід потребує значних фінансових ресурсів, яких в Україні обмаль.

Наявність крові при укусі автоматично класифікує ушкодження як третю категорію і потребує введення імуноглобуліну незалежно від глибини рани.

Друга схема оцінює ризик щодо самої тварини. Якщо вона жива через десять днів, причому це стосується виключно собак, котів і тхорів, можна припинити курс вакцинації або не розпочинати його взагалі. Коли потерпілому менше ніж чотирнадцять років, якщо є множинні глибокі укуси або ушкодження голови, шиї, кисті, промежини, вакцинацію розпочинають негайно. Потім оцінюють, чи тестована тварина і який результат тестів. У разі однозначно негативного результату вакцинацію можна припинити. Існують тести, які проводять протягом кількох годин, що дає змогу швидко отримати відповідь. В Україні основним методом залишається біопроба, яка триває 28 днів, тобто пацієнт встигає завершити курс вакцинації до отримання результату.

Схеми вакцинації та технічні аспекти

Багато країн згідно з рекомендаціями ВООЗ перейшли на схему з чотирма дозами, виключивши останнє введення на 28-й день. Водночас є рекомендація щодо імуноскомпрометованих осіб або випадків, коли є сумніви щодо достатності імунітету, наприклад, при порушенні графіка вакцинації. У таких ситуаціях або проводять тест на антитіла, або вводять п'яту дозу вакцини. Тестування на антитіла в Україні залишається складною процедурою, тому важливо детально розпитувати пацієнтів про супутні захворювання та препарати, які вони приймають. Часто трапляється, що на запитання про хронічні хвороби пацієнт відповідає негативно, але згодом виявляється, що він приймає таблетки від гіпертонії та глюкокортикоїди через поліартрит. Травматологи і хірурги, особливо під час роботи на травмпунктах, зазвичай не надають значення таким деталям, тому питання доцільності додаткової п'ятої дози вакцини залишається дискусійним.

Принципово важливо, що вакцину вводять виключно внутрішньом'язово. На жаль, досі трапляються випадки введення вакцини в сідницю, що є неприпустимим. Тоді



В.П. Кірейко

ця доза не враховується взагалі. Підшкірне введення хоча й наявне в рекомендаціях ВООЗ та інструкціях до деяких вакцин, потребує особливої техніки. Медсестра, яка проводить щеплення БЦЖ у пологових будинках, додатково цьому навчається і робить виключно цю процедуру. Проконтролювати правильність підшкірного введення антирабічної вакцини, враховуючи випадки введення в сідницю, неможливо. Тому надійнішою є рекомендація вводити її виключно в дельтоподібний м'яз, а дітям до двох років – у стегно.

Шкірні проби, які фігурують в інструкціях, ВООЗ не рекомендує проводити при введенні кінського імуноглобуліну. Щодо внутрішньом'язового введення імуноглобуліну, короткі рекомендації його не пропонують, але детальніші настанови уточнюють: не рекомендоване віддалене введення. Максимальна кількість імуноглобуліну має бути введена безпосередньо в рану або навколо неї. Якщо це неможливо технічно, препарат вводять внутрішньом'язово якомога ближче до місця контакту. Коли контакт не пов'язаний з укусом, наприклад, при потрапленні слини на слизові оболонки, імуноглобулін вводять внутрішньом'язово віддалено від місця контакту. При потрапленні слини на слизову оболонку можливе промивання імуноглобуліном цих ділянок.

Українські інструкції містять рекомендацію для попередження ускладнень алергічної природи після введення імуноглобуліну призначати перорально супрастин або димедрол. Проте анафілактичний шок ці препарати не лікують і не запобігають його виникненню, що не відповідає сучасним уявленням. Особливо дивним видається формулювання, що при введенні імуноглобуліну завжди потрібно остерігатися появи важких ускладнень, ніби під час введення інших вакцин і препаратів це не обов'язково.

Вакцину вводять виключно внутрішньом'язово в дельтоподібний м'яз (дітям до двох років – у стегно), введення в сідницю є неприпустимим, а така доза не зраховується.

Сироваткова хвороба, якої дуже бояться травматологи і хірурги через брак знань, насправді минає самостійно, не спричиняє важких ускладнень і лікується практично завжди симптоматично, інколи з додаванням глюкокортикоїдів. Профілактична вакцинація, згідно з українськими інструкціями, включає три дози з наступною ревакцинацією через рік і потім що п'ять років. ВООЗ рекомендує лише дві дози в нульовий та сьомий день. Щодо повторної вакцинації в інструкціях зазначено, що якщо минуло п'ять років після повного курсу вакцинації після укусу, потрібен новий повний курс. ВООЗ стверджує, що якщо отримано повний курс вакцинації, незалежно від часу, що минув, можна вводити просто дві дози в нульовий та на третій день.

Питання госпіталізації також має відмінності в підходах. Українські показання до госпіталізації включають значно ширший спектр ситуацій, тоді як ВООЗ рекомендує госпіталізацію пацієнтів виключно за необхідності, у разі важких травм. Сам факт вагітності та необхідності введення антирабічної вакцини або проживання в сільській місцевості не є показаннями до госпіталізації за міжнародними стандартами.

Поширеним є міф, що через чотирнадцять днів після укусу вакцинувати вже запізно. Ця теза з'являлася на різних сайтах і спричиняла відмову від профілактики.

ВООЗ чітко вказує: якщо запас препаратів обмежений, їх можна резервувати для допомоги при підозрюваних та імовірних контактах протягом останніх дванадцяти місяців. Не чотирнадцять днів, навіть не тридцять днів, а цілий рік. Енцефаліт фігурує в інструкціях як побічний ефект або реакція, але насправді фіксувався після використання вакцин, виготовлених на основі нервових тканин і курячих ембріонів. Таких вакцин в Україні немає, тому цей побічний ефект для сучасних препаратів не актуальний.

Досі найбільш дискусійним є питання гризунів. Експерти ВООЗ вважають, що гризуни рідко передають сказ і постекспозиційна профілактика може бути непотрібною. Справді, гризуни не є типовими переносниками сказу, проте в Африці зафіксований сказ у землерийки та зараження від цих тварин. Дослідження в США щодо частоти сказу у гризунів виявили випадки смерті після укусів включно із білками. Нещодавно в Рівному зафіксували скажену білку, яка вкусила жінку. Американські центри контролю захворювань і ветеринари рекомендують підходити до укусів гризунів індивідуально, оцінюючи конкретну ситуацію.

Важливо розуміти, хто належить до гризунів. Ласка, маленький симпатичний ссавець розміром 12–20 сантиметрів, є м'ясоїдною твариною, а не гризуном. Її родич – куниця – у 1922 р. була знайдена мертвою в Голошівському районі Києва, причиною смерті виявився сказ. Тому класифікація тварини має значення для ухвалення рішення щодо профілактики сказу.

Цікавим є підхід ВООЗ до так званої рабіофобії: пост-контактна вакцинація може бути проведена для полегшення психологічного тягаря страху перед сказом у жертв укусів тварин та їхніх родичів. Цей принцип визнає не лише медичні, а й психологічні аспекти проблеми.

В практичних умовах України, де спостерігається значна кількість випадків сказу серед тварин, при третій категорії ушкодження вакцинацію розпочинають негайно, вводять імуноглобулін і паралельно можуть спостерігати за твариною. За десять днів спостереження

Таблиця. Порівняння підходів ВООЗ та України до антирабічної профілактики		
Аспект	Рекомендації ВООЗ	Протоколи України (наказ № 205)
Профілактична вакцинація	2 дози (0 та 7 день)	3 дози + ревакцинація через рік, потім щорічно по 1 дозі
Постекспозиційна вакцинація	4 дози (без введення на 28 день)	5 доз (включно з 28 днем)
Повторна вакцинація	2 дози (0 та 3 день) незалежно від часу після повного курсу	Повний курс, якщо минуло >5 років
Визначення 3 категорії ушкодження	Наявність крові	Глибокі укуси з пошкодженням поверхневої фасції
Шкірні проби перед імуноглобуліном	Не рекомендовані	Передбачені в інструкціях
Профілактика алергічних реакцій	Готовність до невідкладної допомоги	Призначення супрастину/димедролу перорально
Спостереження за тваринами	Можливе за умов належного інтегрованого нагляду (медики + ветеринари + СЕС)	Спостереження 10 днів для собак, котів, тхорів
Гризуни	Рідко передають сказ, профілактика може бути непотрібною, індивідуальний підхід	Вакцинація при укусах більшості гризунів
Термін початку профілактики	До 12 місяців після контакту при обмежених ресурсах	Фактично обмежується 14 днями в практиці
Показання до госпіталізації	Тільки важкі травми	Вагітність, проживання в сільській місцевості, необхідність введення імуноглобуліну
Шляхи введення вакцини	Внутрішньом'язово (дельтаподібний м'яз, дітям до двох років – стегно); підшкірно за спеціальною технікою	Внутрішньом'язово (трапляються випадки введення в сідницю)
Введення імуноглобуліну	Максимум у рану/навколо, решта внутрішньом'язово якомога ближче до місця контакту	Внутрішньом'язово, віддалене введення
Імунокомпрометовані пацієнти	5 доз або тест на антитіла	Не конкретизовано
Рабіофобія	Визнана як показання для вакцинації	Не розглядається

пацієнт отримує три дози, що фактично стане перед-експозиційною профілактикою у разі виживання тварини. Щодо домашніх хом'яків та морських свинок, які є гризунами з малою ймовірною передачею сказу, рішення ухвалюють індивідуально. Якщо хом'як апріорі не міг контактувати з іншими тваринами, вакцинація може не знадобитися. Якщо морська свинка живе в клітці на вулиці в сільській місцевості, де можливий контакт із хижими тваринами, вакцинація доцільна, оскільки в США зафіксовані випадки сказу морських свинок і кролів у таких умовах.

Важливо пам'ятати, що нульовий день означає не день укусу, а день першого введення вакцини. Завдання лікаря полягає в роз'ясненні ризиків, і якщо батьки бояться, вакцинація може бути проведена для зменшення психологічного тягаря страху перед сказом, навіть якщо об'єктивний ризик оцінюється як мінімальний.

Висновки

Порівняння українських протоколів та рекомендацій ВООЗ виявляє суттєві розбіжності в підходах до антирабічної профілактики (таблиця). Міжнародні настанови демонструють більшу гнучкість, враховують економічну доцільність і психологічні аспекти, тоді як вітчизняні інструкції більш категоричні та часто застарілі. Сучасна практика потребує індивідуального підходу до кожного випадку з урахуванням епідеміологічної ситуації, характеру пошкодження, особливостей тварини та стану пацієнта. Адаптація міжнародного досвіду до українських реалій має враховувати високу поширеність сказу серед диких і домашніх тварин, обмежені ресурси для лабораторної діагностики та необхідність забезпечення максимальної безпеки населення при раціональному використанні доступних препаратів.

Підготувала **Анна Сочнева**

3

Анкета читача

Заповніть анкету та надішліть за адресою:

ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання»
04215, м. Київ, вул. Світлицького, 35, оф. 23в.

Вкажіть відомості, необхідні для отримання тематичного номера «Педіатрія»

Прізвище, ім'я, по батькові

Спеціальність, місце роботи

Індекс

місто

село

район область

вулиця будинок

корпус квартира

Телефон контактний:

E-mail:

* Я добровільно надаю вказані в анкеті персональні дані ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання», даю згоду на їх використання для отримання від компанії (її пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних у базу даних компанії, необхідне в часі зберігання даних.

Підпис

Здоров'я України

Для нас важливо знати вашу думку!

Чи сподобався вам тематичний номер «Педіатрія»?

Назвіть три найкращі матеріали номера.

1.

2.

3.

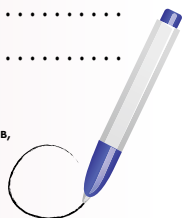
Які теми, на ваш погляд, варто розглянути у наступних номерах?

Публікації яких авторів вас цікавлять?

Чи маєте ви бажання стати автором статті для тематичного номера «Педіатрія»?

На яку тему?

Чи є наше видання корисним для підвищення вашої кваліфікації?



Анкету також можна заповнити тут:



Раціональна антибіотикотерапія з перших років життя: сучасні підходи до вибору препаратів і оптимальні дозування

За матеріалами XXVII Сідельниковських читань



Антибіотикотерапія у дітей потребує додаткової уваги, оскільки їм складніше підібрати препарат і визначити його оптимальну дозу через вікові обмеження та особливості метаболізму. Також важче оцінити ефективність лікування, оскільки симптоми в дітей часто неспецифічні. Програма XXVII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання), яка відбулася 18-20 вересня в змішаному форматі, охопила такі важливі теми, як призначення антибактеріальних препаратів, оптимальні дози антибіотиків і сучасні підходи до їхнього вибору в дітей, спектр чутливості мікроорганізмів.

У межах заходу прозвучала доповідь **доктора медичних наук, професора, завідувачки кафедри педіатрії № 2 Полтавського державного медичного університету Тетяни Олександрівни Крючко** на тему «Проблемні питання антибіотикотерапії в педіатричній практиці». Згідно з даними ВООЗ, стійкість до антибіотиків серед збудників інфекційних захворювань у дітей далі зростає, що є однією з глобальних загроз здоров'ю. Наприклад, ефективність антибіотиків для лікування пневмонії, сепсису та менингіту знизилася майже до 50%. Висока стійкість (> 50%) до антибіотиків, зокрема до карбапенемів, зафіксована у збудників важких інфекцій, таких як *Klebsiella pneumoniae* та *Acinetobacter spp.* У зв'язку зі зростанням стійкості мікроорганізмів постійно відбувається перегляд міжнародних гайдлайнів і протоколів. Так, згідно з останнім оновленням заснованої на доказах клінічної настанови «Бронхіоліти у дітей»,



за цієї патології антибіотикотерапія не показана. Дискусійним є питання емпіричної антимікробної терапії під час лікування негоспітальної пневмонії у дітей. Початкова антибіотикотерапія не рекомендована рутинно дітям дошкільного віку з пневмонією, оскільки у цій категорії пацієнтів вірус є патогеном, що переважає (Smith D.K. et al., 2021). Рентгенографія грудної клітки може бути використана для підтвердження/спростування діагнозу вірусної пневмонії: вона проявляється двобічним ураженням легень та інтерстиціальними інфільтратами, тоді як бактеріальна пневмонія – ураженням часток і альвеолярними інфільтратами (Emily W., 2024).

Питання антибіотикотерапії в педіатрії не обмежується лише дихальною системою. Низка патологій сечової системи (пієлонефрит, цистит та ін.) потребує призначення антибактеріальних засобів. Основні збудники інфекцій сечових шляхів згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів (European Association of Urology, EAU)/Європейського товариства дитячої урології (European Society for Paediatric Urology, ESPU) 2025 р.:

- *Escherichia coli* (80%);
- *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Pseudomonas* (10%);
- *Staphylococcus aureus*, *Candida spp.*, *Salmonella spp.*, *Mycobacterium tuberculosis* (8%, гематогенний шлях розповсюдження);
- інші патогени (2%).

Ця структура патогенів обумовлює вибір антибіотика, оскільки некоректна терапія може призвести до неповної ерадикації *Escherichia coli* з утворенням біоплівки. У дитячій практиці існують обмеження щодо застосування фосфоміцину і нітрофуранів. Серед цефалоспоринов III покоління цефподоксим і цефіксим володіють достатньою активністю щодо *Escherichia coli*, а цефіксим додатково впливає на штами *Salmonella*. Щодо тривалості терапії, згідно з оновленими рекомендаціями EAU 2025 р., для лікування захворювань сечовивідних шляхів, які супроводжуються фебрилітетом, рекомендовано призначати чотири-семиденні курси пероральних або парентеральних антибактеріальних препаратів широкого спектра дії. При циститі показане призначення цефіксиму в дозуванні 8 мг/кг протягом 3-5 днів, при пієлонефриті – 7-10 днів, ускладнений пієлонефрит потребує комбінації парентерального призначення цефіксиму (7 днів) із переходом на пероральний прийом (3-7 днів). Цефіксим представлений на фармацевтичному ринку України у складі препарату **Сорцеф®** виробництва компанії АЛКАЛОІД АД Скоп'є (ALKALOID AD Skopje). Це один із найбільш активних пероральних системних антибіотиків щодо *Escherichia coli*. Мінімальна інгібувальна концентрація цефіксиму в десятки разів нижча ніж для інших антибіотиків, що призводить до меншого навантаження на організм дитини. Концентрація цефіксиму у крові та тканині нирок в 13 разів перевищує мінімальну інгібувальну концентрацію для *Escherichia coli*. Сорцеф® зберігає достатню концентрацію у сироватці крові та паренхімі нирок протягом 12 годин. Ці властивості лікарського засобу забезпечують ефективну ерадикацію збудника і знижують ризик рецидиву. Порівняно з іншими пероральними цефалоспориновими Сорцеф® має вищу активність щодо ентеробактерій включно зі штамми, які продукують β-лактамазу, та штамми, стійкими до амоксициліну, цефаклору та цефподоксиму.



Доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (Київ) Анатолій Лук'янович

Косаковський у доповіді «Лікування гострого риносинуситу у дітей» розглянув особливості ведення дітей з інфекційним ураженням носової порожнини та приносних пазух.

Риносинусит – це запалення слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух і одна із найчастіших причин призначення антибіотиків. Захворювання характеризується

раптовою появою двох або більше таких симптомів загальною тривалістю < 12 тижнів:

- закладеність носа;
- виділення з носа зміненого кольору;
- кашель (вдень і вночі).

Гострий синусит поділяється на застуду (вірусний риносинусит), поствірусний гострий риносинусит та бактеріальний риносинусит. Звичайна застуда впродовж п'яти днів завершується одужанням. Якщо ж симптоми утримуються протягом 10 днів або через цей період погіршуються, розвивається поствірусний гострий риносинусит. До ознак можливого бактеріального гострого риносинуситу належать принаймні три із перелічених:

- лихоманка $t > 38^{\circ}\text{C}$;
- загальне нездужання;
- односторонні симптоми;
- сильний біль;
- підвищення ШОЕ/С-реактивного білка.

Згідно з положеннями «Європейського погоджувального документа щодо лікування риносинуситу та поліпів носа» (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, EPOS) 2020 р., лікування риносинуситу слід розпочати із промивання носової порожнини сольовим розчином, застосування деконгестантів (до 10 днів). Додаткові засоби включають нестероїдні протизапальні препарати, парацетамол, рослинні препарати, цинк і вітамін С. У разі появи ознак бактеріального риносинуситу пацієнта потрібно спрямувати до лікарів первинної ланки надання медичної допомоги. За підтвердження бактеріальної етіології та/або наявності симптомів і епізодів захворювання більше трьох разів протягом останнього року слід розглянути призначення антибіотиків і skierувати пацієнта до лікарів вторинної ланки надання медичної допомоги. Однак не рекомендовано розпочинати емпіричне лікування одразу після встановлення клінічного діагнозу. Антибактеріальну терапію при гострому бактеріальному риносинуситі призначають за такими показаннями: риногенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення, тяжкий перебіг хвороби, неефективність попередньої терапії, імунодефіцитні стани тощо. Сорцеф® при бактеріальному риносинуситі демонструє високу терапевтичну ефективність, застосовується для лікування і в стаціонарі, і амбулаторно. Препарат має широку бактерицидну дію і антимікробний спектр, який включає найпоширеніші збудники риносинуситу:

- грампозитивні: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*;
- грамнегативні: *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Neisseria gonorrhoeae*.

Цефіксим, діюча речовина препарату Сорцеф®, – перший цефалоспорин III генерації, який має підтвержену в численних клінічних дослідженнях ефективність при бактеріальних риносинуситах, фарингітах, тонзилітах, пневмоніях, гострих бронхітах, середніх отитах, неускладнених та ускладнених хворобах сечостатевого тракту. Для лікування тонзиліту, фарингіту також показаний препарат **Фоксеро®** виробництва компанії АЛКАЛОІД АД Скоп'є (ALKALOID AD Skopje). Для дітей віком від 6 місяців до 12 років доступна суспензія, а рекомендована доза становить 8 мг/кг/добу. Для дітей віком від 12 років показані таблетки 100 мг із розрахунку 1 таблетка 2 рази на добу. Цефподоксим у 16 разів ефективніше діє на пневмокок порівняно з цефуроксимом, проявляє вищу

КІДС ВІТС
Бекутан

Мультиімуно

Вітаю, я Арчі – мультифакторний помічник дитячого імунітету!

Спосіб застосування та дози. Рекомендована добова доза: дітям віком 1-3 роки: 1 саше на добу; дітям від 4 років: 1-2 саше на добу. Вміст ошк відсіків саше розчиняють у воді або іншій рідині кімнатної температури (молоко, сік, йогурт).

Передження про застосування. Бекутан КІДС ВІТС Мультиімуно не застосовують при підвищеній чутливості до компонентів дієвочої добавки. Не перевищувати рекомендовану добу дозу. Цей продукт є дієвочою добавкою і не повинен замінювати провочіний раціон харчування та збалансований і здоровий спосіб життя.

Упаковка. Продукт представляє собою саше з двома окремими відсіками. Кожен відсік містить окремий порошок. Обидва порошки повинні розчинитися одночасно. По 14 саше разом з інформаційною листівкою у картонній коробці. Виробник: С.І.І.Т. С.р.л., Італія, Вія Аріосто 50/60, Трендзано сул Навільо, Мілан. На замовлення АЛКАЛОІД АД Скоп'є, бульвар Олександра Македонського, 12, Скоп'є, Республіка Північна Македонія.

Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики та для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.

Реклама

Сезонні варіації рівнів 25-гідроксивітаміну D серед педіатричних пацієнтів

Вітамін D відіграє важливу роль у підтриманні щільності кісток, формуванні імунної системи та регулюванні росту клітин, а також в інших ключових біологічних функціях. Доступні обмежені дані щодо сезонних коливань рівня вітаміну D у педіатричній популяції Саудівської Аравії. У дослідження, що вивчало сезонний вплив на циркулюючі рівні 25(OH)D у дітей, було включено 1790 педіатричних амбулаторних пацієнтів, які відвідували медичний центр Університету короля Фейсала в Аль-Ахсі. Загалом було виявлено високу поширеність (69%) комбінованого дефіциту та недостатності 25(OH)D. Найвища середня концентрація 25(OH)D в сироватці крові була зареєстрована влітку (29 нг/мл) і восени (27 нг/мл). Частота дефіциту та недостатності вітаміну становила 33 і 36% відповідно. Подібні закономірності були зафіксовані восени, взимку і навесні. Цікаво, що рівень 25(OH)D значно залежав від пори року ($p = 0,001$), водночас у жінок поширеність дефіциту 25(OH)D навесні та влітку була вищою, ніж у чоловіків. Крім того, значний зв'язок між статтю і статусом 25(OH)D був виявлений лише восени та взимку ($p < 0,001$).

Також був виявлений зв'язок між національністю і циркулюючими рівнями 25(OH)D восени та взимку ($p < 0,001$ і $p = 0,01$ відповідно). У всі сезони року вік негативно впливав на рівень (OH)D у сироватці крові. Однак цей зв'язок був статистично значущим ($p < 0,05$) лише влітку, восени та взимку. Стать була значущим предиктором рівнів 25(OH)D восени і взимку та коефіцієнтом шансів 1,67 восени і 2 взимку. Це вказує на те, що приналежність до чоловічої статі позитивно впливає на циркулюючі рівні 25(OH)D. Були виявлені значні відмінності в концентраціях 25(OH)D серед різних вікових категорій. Населення Саудівської Аравії має низькі рівні вітаміну D, особливо в осінній та зимовий періоди.

Це дослідження показало, що сезонність, вікова категорія, національність і стать впливають на статус вітаміну D, що свідчить про необхідність спеціальних утручань та моніторингу рівня 25(OH)D для досягнення адекватних його показників. Медичні працівники можуть враховувати вплив віку, національності, статі та сезонні коливання для вирішення питань статусу вітаміну D і цільового підходу до призначення добавок групам високого ризику, в яких можуть виникнути проблеми зі здоров'ям.

Вітамін D (1,25 дигідроксивітамін D3) синтезується ендогенно із 7-дегідрохолестеролу в епідермісі у відповідь на опромінення УФ-В. Його можна отримати з харчових продуктів і добавок [1, 2].

Міжнародні медичні наукові товариства запропонували різні граничні значення для виявлення дефіциту вітаміну D у педіатричній популяції. На сьогодні Європейське товариство педіатричної гастроентерології, гепатології та харчування (ESPGHAN) [3], Ендокринологічне товариство [4] та Товариство здоров'я та медицини підлітків [5] рекомендують класифікувати рівні 25(OH)D в сироватці крові в межах 0-20 нг/мл як дефіцит, від 21 до 29 нг/мл – як недостатній рівень, а ≥ 30 нг/мл – як достатній.

Вітамін D відомий своєю багатогранною роллю у підтриманні загального здоров'я та благополуччя [6]. Окрім різних фізіологічних функцій, вітамін D має вирішальне значення в регуляції гомеостазу кальцію та фосфору, що безпосередньо впливає на ріст і мінералізацію кісток [7]. Окрім ролі в стабілізації клітинних мембран ендотелію, вітамін D здійснює імунологічний вплив на численні функції імунної системи.

На основі дедалі більшої кількості доказів було встановлено зв'язок між дефіцитом вітаміну D і підвищеним ризиком розвитку кількох імуноопосередкованих розладів, таких як псоріаз, діабет 1-го типу, розсіяний склероз, ревматоїдний артрит, туберкульоз, сепсис, рак, серцево-судинні захворювання, інфекції дихальних шляхів та COVID-19 [4, 8-17].

Матеріали і методи дослідження

Дизайн та умови

Цей ретроспективний аналіз амбулаторних карт був спрямований на вивчення медичних записів педіатричних пацієнтів, які відвідували амбулаторне відділення медичного центру Університету короля Фейсала в Аль-Ахсі, Саудівська Аравія. Дослідження фокусувалось на періоді між вереснем 2019-го та лютим 2021 р.

Учасники

Дані 1790 осіб були вилучені з електронної системи медичних записів університетського медичного центру. У дослідження були включені педіатричні пацієнти віком від 0 до 21 року обох статей, що відвідували центр для медичного обстеження і в яких принаймні один раз протягом періоду дослідження визначали рівень вітаміну D у сироватці крові.

Біохімічний аналіз

Рівні 25(OH)D в сироватці крові визначали за допомогою методу радіоімунаналізу (Roche Diagnostics, Mannheim, Німеччина), а зразки крові відбирали

в амбулаторних пацієнтів, які відвідували медичний центр. Через відносно довгий період напіврозпаду концентрації 25(OH)D в сироватці крові, а не 1,25(OH)D, було визнано основним показником статусу вітаміну D, що представляє ендогенно вироблений вітамін D і вітамін D, отриманий із продуктами харчування та добавками [34].

Результати

Загальний статус вітаміну D25(OH) та характеристики педіатричних пацієнтів

Таблиця 1 надає всебічний аналіз характеристик популяції та розподілу концентрації 25(OH)D в сироватці крові серед осіб. Досліджувана популяція складалася з 1790 осіб, середній вік якої становив $16,23 \pm 5,44$ (SD) (медіанний вік – 19 років). Віковий розподіл демонструє цікаві тенденції: частка немовлят (0-1 рік) – незначна (0,3%), за нею йде раннє дитинство (2-5 років) – на рівні 7% та вікова група 6-11 років (середнє дитинство) – на рівні 14%, переважна більшість припадає на пізній підлітковий вік (19-21 рік) – 987 осіб (55%).

Розподіл за статтю показує, що 75% учасників були жінками, тоді як 25% – чоловіками. Що стосується національності, більшість (79%) були громадянами Саудівської Аравії, 21% – пацієнти з інших країн. Із погляду статусу 25(OH)D у сироватці крові, більшість населення потрапила в категорії «дефіцит» і «недостатній рівень», незалежно від віку, статі або національності.

Рівні 25(OH)D у педіатричних пацієнтів віком 0-21 рік, стратифіковані за характеристиками амбулаторних пацієнтів

У таблиці 2 наведено результати визначення концентрації 25(OH)D у сироватці крові, стратифіковані за різними характеристиками амбулаторних пацієнтів та сезонами забору зразків крові. Порівняння середніх рівнів 25(OH)D у сироватці крові показало, що середній рівень 25(OH)D (29 нг/мл) в амбулаторних пацієнтів чоловічої статі був значно вищий порівняно з амбулаторними пацієнтами жіночої статі (26 нг/мл) ($p < 0,001$). Незважаючи на зафіксовану значну різницю середніх рівнів 25(OH)D у сироватці крові між групами, це підтвердило недостатній його рівень серед досліджуваних осіб.

Також значні відмінності були виявлені в різних вікових групах ($p < 0,001$), причому в немовлят (0-1 рік) і дітей раннього віку (2-5 років) середні концентрації 25(OH)D у сироватці крові (66 нг/мл та 40 нг/мл) були вищими, ніж в інших вікових групах. Загалом спостерігали статистично значущу різницю середніх рівнів 25(OH)D між віковими групами ($p < 0,001$).

У цій когорті пацієнти із Саудівської Аравії мали статистично значуще нижчий середній рівень 25(OH)D (26 нг/мл) порівняно з пацієнтами з інших країн (29 нг/мл) ($p < 0,001$).

Сезонні варіації рівнів 25(OH)D у сироватці крові показують, що найвища середня концентрація була зареєстрована влітку (29 нг/мл), за нею йде осінь (27 нг/мл),

Таблиця 1. Основні демографічні характеристики досліджуваної популяції

		Статус 25(OH)D в сироватці крові (нг/мл)			
		Загалом n (%)	Достатній ≥ 30 нг/мл	Недостатній 21-29	Дефіцит 0-20
Вік	0-21	1790 (100)	554 (31%)	591 (33%)	645 (36%)
Вікові категорії	0-1 (немовлята)	5 (0,3)			
	2-5 (раннє дитинство)	117 (7)			
	6-11 (середнє дитинство)	247 (14)			
	12-18 (ранній підлітковий вік)	434 (24)			
	19-21 (пізній підлітковий вік)	987 (55)			
Середній вік (\pmSD)		$16,23 \pm 5,44$			
Стать	Чоловіча	441 (25)			
	Жіноча	1349 (75)			
Національність	Араби	1412 (79)			
	Не араби	378 (21)			

Примітка: вікова класифікація педіатричної популяції відповідно до NICHD.

весна (25 нг/мл) та зима (25 нг/мл). Важливо зазначити, що, незважаючи на сезонні варіації середніх концентрацій, всі зареєстровані середні концентрації 25(OH)D в сироватці крові для кожного сезону потрапили в категорію «недостатній рівень».

Це демонструє вплив сезонних варіацій на рівні 25(OH)D у сироватці крові, засвідчуючи важливість сонячного світла як чинника, що впливає на рівень вітаміну D. Крім того, спостерігали статистично значущі відмінності в рівнях 25(OH)D у сироватці крові залежно від статі, вікової групи, національності та сезону взяття зразків крові.

Рисунок ілюструє сезонні коливання медіани розподілу рівня 25(OH)D у сироватці крові. Дані виражали в нг/мл. Медіанні значення становили 24 нг/мл восени, 23 нг/мл навесні, 26 нг/мл улітку та 23 нг/мл взимку. Найнижчі рівні 25(OH)D були зареєстровані восени, влітку та взимку – по 8 нг/мл. У літній період медіанний рівень 25(OH)D у сироватці крові був найвищим – 26 нг/мл з IQR14; найвищий IQR був зареєстрований навесні (15). У всі сезони в учасників мав місце стан дефіциту 25(OH)D (0–20 нг/мл). Порівняння середніх значень за допомогою тесту ANOVA показує статистично значущу різницю між групами ($p = 0,007$).

Таблиця 3 демонструє сезонні варіації рівня 25-гідроксिवітаміну D у досліджуваній популяції.

Особи були класифіковані на три окремі групи на основі рівнів 25(OH)D: достатній (≥ 30 нг/мл), недостатній (21–29 нг/мл) та дефіцит (0–20 нг/мл).

Статус 25-гідроксिवітаміну D, стратифікований за національністю

Порівняння середньої концентрації 25(OH)D у сироватці крові між саудівськими та несаудівськими амбулаторними пацієнтами показало значні відмінності навесні, восени та взимку ($p = 0,04; 0,04; 0,006$ відповідно). Однак влітку значної різниці між ними виявлено не було ($p = 0,170$).

Варто наголосити, що в амбулаторних пацієнтів із Саудівської Аравії постійно виявляли недостатні рівні 25(OH)D протягом усіх сезонів, тоді як у пацієнтів з інших країн достатні рівні спостерігали лише протягом весняного та літнього періодів.

За даними дослідження, поширеність дефіциту 25(OH)D була значно вищою у саудівських амбулаторних пацієнтів порівняно з несаудівськими в усі пори року, зокрема навесні (35% проти 10%), влітку (22% проти 6%), восени (30% проти 4%) та взимку (36% проти 5%).

Статус вітаміну 25(OH)D, стратифікований за статтю

Відповідно до результатів, бінарний логістичний регресійний аналіз підтвердив, що існує статистично значущий зв'язок між статтю та рівнями 25(OH)D восени

та взимку ($p = 0,001$, $p < 0,001$ відповідно). Чоловіча стать мала значний позитивний вплив на циркулюючий рівень вітаміну 25(OH)D восени та взимку, тоді як навесні та влітку він зникав.

Коефіцієнт шансів становить 1,67. Це вказує на те, що восени амбулаторні пацієнти чоловічої статі мають в 1,67 раза більшу ймовірність мати достатні рівні 25(OH)D порівняно з жінками. Взимку цей шанс збільшився до двох. Однак навесні та влітку цей шанс зменшився до 1 та 1,09 відповідно.

Спостерігалася значна сезонна варіація рівнів 25(OH)D між усіма віковими групами. Найвищі концентрації в сироватці крові були зареєстровані взимку, з найвищим середнім значенням 71 нг/мл у немовлят віком від 0 до 1 року. Навпаки, найнижчі середні значення спостерігали навесні, з найнижчою середньою концентрацією 20 нг/мл у віковій групі 12–18 років. Спостерігали дуже значні відмінності в концентраціях 25(OH)D між різними віковими категоріями.

Обговорення

Наскільки відомо, це перше дослідження в Саудівській Аравії, яке вивчало сезонні зміни рівнів 25(OH)D у сироватці крові у педіатричній популяції східного регіону країни. У ньому представлено новий погляд на вплив пір року на рівні 25(OH)D у сироватці крові у пацієнтів педіатричної популяції, який визначали в лабораторії медичного центру. Ми порівняли концентрацію циркулюючого 25(OH)D у сироватці крові педіатричних пацієнтів навесні, влітку, восени та взимку, базуючись на граничному рівні, запропонованому Ендокринологічним товариством. Стаття, національність і вік також вивчали як чинники, що впливають на рівні 25(OH)D.

Низькі рівні вітаміну D стають основною глобальною проблемою громадського здоров'я у всьому світі, переважно в Азії, зокрема на Близькому Сході, та в північно-африканських країнах [37, 38]. Так, дефіцит вітаміну D та пов'язані з ним чинники ризику на Близькому Сході та в Саудівській Аравії є поширеними й у дорослих, і в дитячій [33].

Основні висновки.

1. Незважаючи на сезонні варіації, середнє та медіанне значення концентрацій 25(OH)D у сироватці крові в різні пори року потрапляє у категорію «недостатній рівень», причому в чоловіків медіана значно вища, ніж в амбулаторних пацієнтів жіночої статі.

2. Виявлено значні відмінності між віковими групами, причому лише в немовлят (0–1) і дітей раннього віку (2–5) спостерігають достатні рівні порівняно з іншими віковими групами.

3. Найвища середня концентрація 25(OH)D у сироватці крові була зареєстрована влітку, за нею йде осінь.

4. Існує зв'язок між циркулюючими рівнями 25(OH)D та чотирма порами року, де майже половина амбулаторних пацієнтів потрапляє в категорію «дефіцит» навесні, з подібною часткою взимку.

5. Також було виявлено зв'язок між статтю і статусом 25(OH)D восени і взимку.

6. Приналежність до чоловічої статі позитивно впливає на концентрації 25(OH)D. Порівняно з жінками, пацієнти чоловічої статі мають в 1,67 раза більше шансів мати достатні рівні 25(OH)D восени. Взимку ця ймовірність збільшується до двох.

Висновки цього дослідження підтверджують високу поширеність недостатності та дефіциту вітаміну D у досліджуваній популяції, що ще більше посилюється помітними сезонними коливаннями. Це свідчить про критичну важливість індивідуального втручання та пильного моніторингу, особливо протягом сезонів, коли рівні 25(OH)D у сироватці крові зазвичай нижчі, для вирішення потенційного впливу на здоров'я, пов'язаного з недостатністю вітаміну D, особливо серед дітей та підлітків.

Крім того, гендерні відмінності не були значними навесні та влітку, але не восени і взимку. Це свідчить про те, що медичні працівники повинні враховувати вплив не лише статі, а й віку та національної приналежності разом із сезонними варіаціями, оцінюючи статус вітаміну D в клінічній практиці.

За матеріалами Benameur T. (2024) Seasonal Variations in 25-Hydroxyvitamin D Levels among Pediatric Patients Attending the Healthcare Centre. *Nutrients*, 16, 379. <https://doi.org/10.3390/nu16030379>

Підготувала **Анна Сочнева**

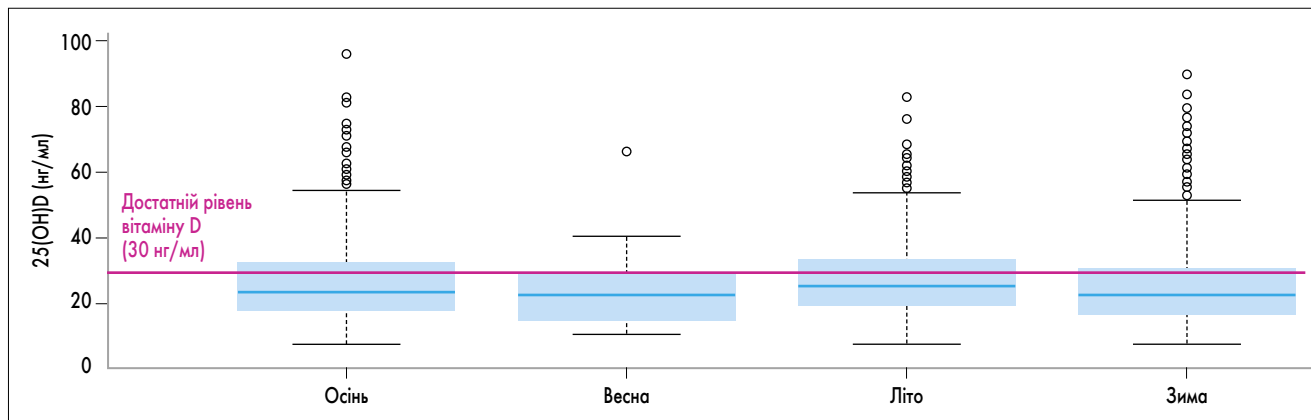


Рисунок. Сезонні коливання медіани розподілу рівня 25(OH)D у сироватці крові в дитячій популяції

Таблиця 2. Рівні 25(OH)D у педіатричних пацієнтів віком 0–21 рік, стратифіковані за характеристиками амбулаторних пацієнтів

Змінні	Концентрація 25(OH)D в сироватці крові (нг/мл)			p-значення	
	N (%)	Середня \pm SD	Медіана (IQR)		
Стать	Чоловіча	441 (25)	29 \pm 13	28 (12)	a: $p < 0,001$
	Жіноча	1349 (75)	26 \pm 12	23 (14)	
Вікові класи	0-1	5 (0,3)	66 \pm 7	65 (11)	b: $p < 0,001$
	2-5	117 (7)	40 \pm 12	39 (13)	
	6-11	247 (14)	28 \pm 8	28 (11)	
	12-18	434 (24)	24 \pm 11	22 (13)	
	19-21	987 (55)	25 \pm 13	22 (13)	
Національність	Араби	1412 (79)	26 \pm 13	23 (14)	a: $p < 0,001$
	Не араби	378 (21)	29 \pm 10	27 (13)	
Сезон забору зразків крові	Весна	20 (1)	25 \pm 13	29 (15)	b: 0,007
	Літо	228 (13)	29 \pm 13	26 (14)	
	Осінь	814 (45)	27 \pm 12	24,2 (14)	
	Зима	728 (41)	26 \pm 13	23 (14)	

Примітки: Порівняння середніх значень 25(OH)D між групами проводили за допомогою: a – незалежний t-тест; b – односторонній ANOVA. Скорочення: 25(OH)D – сироватковий рівень 25-гідроксिवітаміну D. Різницю тестували за використанням дисперсійного аналізу. IQR – міжквартильний розмах, SD – стандартне відхилення.

Таблиця 3. Статус 25-гідроксिवітаміну D у досліджуваній популяції протягом різних сезонів

Сезон	Рівень 25(OH)D Частота n (%)	Достатній (≥ 30 нг/мл) n = 554 (31)	Недостатній (21–29 нг/мл) n = 591 (33)	Дефіцит (0–20 нг/мл) n = 645 (36)
Сезон	Весна	5 (25)	6 (30)	9 (45)
	Літо	86 (38)	80 (35)	62 (27)
	Осінь	262 (32)	281 (35)	271 (33)
	Зима	201 (28)	224 (31)	303 (42)
p-значення		0,001	0,001	0,001

Примітка: різниці в частотах були перевірені за допомогою тесту χ^2 -квдрат.

Ю.В. Дєєва, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ),
О.В. Діхтярук, к. мед. н., доцент кафедри оториноларингології; завідувач відділення отоларингології для дорослих та дітей КНП «Свято-Михайлівська
клінічна лікарня м. Києва», Я.В. Бондаренко, к. мед. н., кафедра оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Ефективність ксилітол-вмісного сольового розчину в післяопераційному догляді після турбінопластики

Через носову порожнину у дихальні шляхи потрапляє достатньо повітря. Як ключовий складник цього фізіологічного процесу, вона виконує фільтрацію, зволоження та нагрівання вдихуваного повітря. Під час розвитку патологічного процесу функції слизової оболонки порушуються, що призводить до виникнення низки симптомів. Закладеність носа серйозно впливає на якість життя [1] і є однією з найпоширеніших причин звернень пацієнтів, особливо педіатричних, до лікаря-отоларинголога.

Назальна обструкція асоціюється з головним болем та порушенням сну, що спричинює надмірну денну сонливість і зниження працездатності. Обструкція носового дихання може бути зумовлена змінами в архітектоніці порожнини носа через такі стани, як гіпертрофія нижніх носових раковин, викривлення носової перетинки, хронічний риносинусит із поліпозом тощо [2]. Гіпертрофія нижніх носових раковин часто призводить до стійкої обструкції носа, що класифікується як хронічний гіпертрофічний риніт (МКХ-10: J31.0). Ця нозологічна одиниця використовується для опису стану, для якого притаманне збільшення тканин нижніх носових раковин. Гістологічно це характеризується морфологічними змінами слизової оболонки нижніх носових раковин: плоскоклітинною метаплазією із втратою війок, фіброзом, гіперплазією келихоподібних клітин та резистентністю до деконгестантів [3].

Пацієнтам, які страждають від хронічної обструкції носа та гіпертрофії носових раковин, рекомендовано проведення оперативного втручання через зменшення їхнього об'єму. Основні методики хірургічних втручань на нижніх носових раковинах були розроблені ще у 1880-х рр., коли з'явилися перші деталізовані уявлення про анатомічну будову цих структур, зокрема вперше було запропоновано методику конхотомії, яку розвинув та удосконалив Густав Кілліан [4]. Проте конхотомія є радикальною процедурою, оскільки повне видалення носових раковин призводить до такого ускладнення, як синдром порожнього носа. Під час пошуків менш травматичних альтернатив з'являються нові інструменти і техніки, а саме: електрокоагуляція і крихірургія, радіочастотна абляція та лазерна турбінопластика, які дають змогу зменшувати об'єм раковин без їхнього повного видалення. Сьогодні хірурги виконують різні методи хірургічного лікування гіпертрофії нижніх носових раковин, такі як кріотерапія, підслизова діатермія, лазерна турбінопластика, підслизова турбінектомія, ендоскопічна турбінопластика, мікродобрідерна, ультразвукова та коблацийна редукція. Щодо ефективності зазначених сучасних технік досі триває широка дискусія, адже кожна з них має свої переваги і недоліки.

Завдяки частковому зменшенню гіпертрофованої носової раковини відбувається покращення аеродинаміки порожнини носа. Більшість методів часткової резекції носових раковин призводить до пошкодження цілісності її слизової оболонки. Відповідно до цього у пацієнтів після операції можуть виникати носові кровотечі, а у віддаленому періоді — надмірна сухість, синехії та синдром порожнього носа [5]. Навіть за відсутності ускладнень і типового перебігу післяопераційного періоду пацієнтам дошкуляє певний дискомфорт, спричинений скаргами першого-другого тижня. Після проведеного оперативного втручання через гіпертрофію нижніх носових раковин пацієнти відчувають закладеність у носі, зумовлену післяопераційним набряком слизової оболонки, виділення з носа слизового або слизово-геморагічного характеру, кірки у носі, загальну слабкість, головний біль і незначний дискомфорт у носі. Рідко можуть виникати відчуття свербіжів у носі, незначний біль при пальпації або тимчасові зміни смаку, нюху. У більшості пацієнтів до кінця другого

тижня носове дихання покращується, хоча повне відновлення може тривати довше (до 4-6 тижнів). І хоча кожен пацієнт потребує індивідуального підходу, проте якісний післяопераційний догляд за порожниною носа відіграє ключову роль у тривалості та перебігу цього періоду після турбінопластики. Сучасна концепція ведення післяопераційного періоду полягає в зменшенні вираженості симптомів, мінімізації тривалості, а також у попередженні розвитку ускладнень. На сьогодні не існує єдиної думки фахівців щодо медикаментозної підтримки у післяопераційному періоді.

Про необхідність ефективного догляду свідчать численні дослідження, які демонструють, що стандартні методи, такі як іригація фізіологічним розчином, не завжди забезпечують оптимальні результати в зменшенні набряку, ефективному та швидкому видаленні кірок (Rudmik L., Smith T.L., 2012). Інтеграція у сольові розчини антибактеріальних і проти-запальних компонентів, наприклад, ксилітолу, може збільшити ефект, сприяючи швидшому загоєнню та зниженню ризику приєднання інфекції (Kim D.H. et al., 2022). Отже, вивчення впливу ксилітол-вмісних сольових розчинів є актуальним для покращення клінічних результатів після турбінопластики.

Мета дослідження

Визначити час до досягнення клінічно значимого покращення носового дихання у пацієнтів після турбінопластики під час використання ксилітол-вмісного сольового розчину **SinuSalt** (SinuSalt®) порівняно з ізотонічним розчином натрію хлориду, а також оцінити динаміку окремих симптомів протягом двотижневого періоду спостереження.

Матеріали та методи

Проспективне, контрольоване дослідження на базі кафедри оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця і відділення отоларингології КНП «Свято-Михайлівська лікарня м. Києва» тривало з вересня 2024-го по серпень 2025 р. Воно було проведено згідно з принципами Гельсінської декларації та отримало схвалення локального етичного комітету. Всі учасники надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Було залучено 80 дорослих пацієнтів віком від 18 до 60 років (середній вік становив 39 ± 12 років) із клінічним діагнозом «хронічний риніт» (МКХ-10: J31.0).

Критерії включення: планова турбінопластика або в комбінації із септопластикою; вік 18-60 років; композитний індекс візуально-аналогової шкали (ВАШ) ≥ 150 мм в післяопераційному періоді; підписана інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення: наявність алергічних реакцій на ксилітол в анамнезі; вагітність або період лактації; тяжкі декомпенсовані системні захворювання; гострі респіраторні інфекції на момент включення; попереднє використання ксилітол-вмісних назальних розчинів протягом останніх чотирьох тижнів; неможливість або небажання дотримуватися протоколу дослідження.

Пацієнти, що взяли участь у дослідженні, були розподілені між групами у співвідношенні 1:1 залежно від часу звернення. Перші 40 пацієнтів, що відповідали критеріям включення, становили основну групу (СінуСалт),

наступні 40 — контрольну групу (ізотонічний розчин). Під час розподілу враховували збалансованість груп за основними демографічними характеристиками і типом хірургічного втручання. Основна група (n = 40) в післяопераційному періоді проводила назальні іригації розчином СінуСалт, що містить хлорид натрію, бікарбонат натрію, хлорид калію, хлорид кальцію та ксилітол. Пацієнти проводили іригації 2-4 рази на добу по 125 мл в кожну бічну частину носа протягом 14 днів із використанням спеціального іригаційного пристрою. Контрольна група (n = 40) проводила промивання носової порожнини ізотонічним розчином натрію хлориду (0,9% NaCl) 3-5 разів на добу по 125 мл в кожну бічну частину носа протягом аналогічного періоду. Під час дослідження додаткове використання інших інтраназальних засобів було заборонено.

Первинна ціль дослідження: час (у днів) до досягнення композитного індексу ВАШ ≤ 120 мм, що відповідає клінічно значимому зменшенню назальних симптомів. Вторинні цілі: відсоток пацієнтів із композитним індексом ≤ 120 мм на 14-й день; зниження композитного індексу ≥ 120 мм від базового рівня; час до покращення окремих симптомів; стійкість досягнутого ефекту; ендоскопічні зміни за шкалою Lund — Kennedy. Для досягнення наведених цілей ми розробили ВАШ для комплексного оцінювання назальних симптомів. Щоденно протягом 14 днів пацієнти самостійно оцінювали чотири ключові симптоми за 100-міліметровою шкалою:

1. закладеність носа (0 мм = «дихаю абсолютно вільно» до 100 мм = «ніс зовсім не дихає»);
2. виділення з носа (0 мм = «виділень немає» до 100 мм = «постійні рясні виділення»);
3. біль/дискомфорт у носі (0 мм = «болю немає» до 100 мм = «нестерпний біль»);
4. наявність кірок у носі (0 мм = «кірок немає» до 100 мм = «масивні кірки, що повністю блокують ніс/дихання»).

Композитний індекс розраховували як суму всіх чотирьох показників (діапазон 0-400 мм). Пацієнти фіксували оцінки щоранку в індивідуальних анкетах. Оцінювання за ВАШ проводились в день 0 (день операції/включення пацієнта в дослідження), на 7-й, 14-й та 30-й день.

Статистичний аналіз

Розрахунок розміру вибірки базувався на очікуваному медіанному часі до покращення — 6 днів у основній групі проти 10 днів у контрольній (співвідношення ризиків 1,67). При рівні значущості $\alpha = 0,05$ та потужності 80% необхідний розмір вибірки становив 36 пацієнтів на групу. З урахуванням можливого відсіву 10% до участі в дослідженні включили 40 пацієнтів на групу. Порівнянність груп за базовими характеристиками оцінювали за допомогою критерію Манна — Вітні для кількісних змінних та критерію χ^2 для категоріальних змінних. Аналіз первинної цілі дослідження проводили із моделюванням кривих виживаності методом Каплана — Маєра та порівнянням груп за допомогою log-rank тесту. Додатково використовували модель пропорційних ризиків Кокса із включенням коваріат (тип операції, вік, базовий рівень симптомів). Для вторинних цілей



Ю.В. Дєєва



О.В. Діхтярук



Я.В. Бондаренко

застосовували непараметричні критерії (критерій Манна — Вітні для кількісних змінних, критерій χ^2 для категоріальних). Динаміку окремих симптомів аналізували методом дисперсійного аналізу з повторними вимірюваннями з корекцією за базовими характеристиками. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Статистичну обробку здійснювали за допомогою програмних пакетів R (версія 4.3.0).

Результати

З вересня 2024-го по серпень 2025 р. для участі в дослідженні було відібрано 127 пацієнтів, які перенесли планову турбінопластику. Із них 47 осіб не відповідали критеріям включення: у 33 пацієнтів композитний індекс ВАШ становив менше 150 мм, двоє мали в анамнезі алергічні реакції на ксилітол або його аналоги, восьмеро відмовились від участі через особисті обставини, а четверо мали декомпенсовані супутні захворювання. Отже, до дослідження було включено 80 пацієнтів, які були розподілені між групами у співвідношенні 1:1. Середній вік учасників становив $39,4 \pm 11,8$ року у групі СінуСалт і $40,1 \pm 12,3$ року у контрольній групі ($p = 0,78$). Серед учасників дослідження переважали жінки — 62,5% в основній групі та 57,5% у контрольній ($p = 0,64$). Ізольована турбінопластика була виконана у 27 пацієнтів (67,5%) основної групи та у 29 пацієнтів (72,5%) контрольної групи, тоді як комбіноване втручання із септопластикою отримали відповідно 13 (32,5%) та 11 (27,5%) пацієнтів ($p = 0,61$). Групи виявились добре збалансованими за всіма основними демографічними та клінічними характеристиками. Базові показники комбінованого індексу ВАШ становили $247,2 \pm 28,4$ мм у групі СінуСалт і $251,1 \pm 31,2$ мм у контрольній групі ($p = 0,56$) пацієнтів (табл. 1). Під час аналізу окремих компонентів симптомокомплексу найвищі бали отримав параметр «закладеність носа» — $89,4 \pm 12,7$ мм проти $91,2 \pm 14,1$ мм відповідно. Виділення з носа оцінювались у $78,6 \pm 16,4$ мм проти $80,3 \pm 17,2$ мм, а біль/дискомфорт — $77,2 \pm 21,1$ мм проти $75,6 \pm 20,8$ мм у групах СінуСалт та NaCl відповідно. Показники ВАШ (кірок у носі) на момент включення в дослідження (день 0) були мінімальними в обох групах — $2,0 \pm 3,1$ мм та $3,6 \pm 4,2$ мм відповідно ($p = 0,64$).

Первинну ціль дослідження — час до досягнення композитного індексу ВАШ ≤ 120 мм — успішно досягла значно більша кількість пацієнтів у групі СінуСалт порівняно з контрольною групою. Аналіз методом Каплана — Маєра продемонстрував статистично значущу перевагу ксилітол-вмісного розчину (log-rank тест, $p = 0,003$).

Медіанний час до досягнення цільового показника у групі СінуСалт становив 8,0 дня (95% довірчий інтервал (ДІ): 6,2-9,8), тоді як у контрольній групі цей показник дорівнював 12,0 дня (95% ДІ: 9,4-14,6). Коефіцієнт ризику (hazard ratio) становив 1,67 (95% ДІ: 1,19-2,34; $p = 0,003$). Це означає, що пацієнти групи СінуСалт мали на 67% вищу ймовірність досягнення клінічно значущого покращення симптомів у будь-який момент спостереження.

На 7-й день дослідження цільового показника досягли 47,5% пацієнтів основної групи та лише 22,5% контрольної групи ($p = 0,015$). Ця різниця стала ще значнішою до 14-го дня – 77,5% у групі СінуСалт і 52,5% у групі NaCl ($p = 0,015$). Найбільш показові результати спостерігались на 30-й день, коли 90,0% пацієнтів, які отримували ксилітол-вмісний розчин, досягли композитного індексу ≤ 120 мм порівняно з 70,0% у контрольній групі ($p = 0,018$).

Аналіз вторинних цілей дослідження підтвердив переваги ксилітол-вмісного розчину у більшості досліджуваних параметрів. Відсоток пацієнтів із комбінованим індексом ≤ 120 мм на 14-й день становив 77,5% у групі СінуСалт і 52,5% у контрольній групі, що відповідало абсолютній різниці ризику 25,0% (95% ДІ: 6,4-43,6%; $p = 0,015$) та числу пацієнтів, яких потрібно пролікувати (NNT), що дорівнює 4,0.

Середнє зниження композитного індексу від базового рівня до 14-го дня було більш вираженим у основній групі: $-143,8 \pm 48,2$ мм проти $-95,7 \pm 56,8$ мм у контрольній групі (різниця $-48,1$ мм; 95% ДІ: $-69,4$ до $-26,8$; $p < 0,001$). Це відповідало середньому відносному покращенню на 58,2% у групі СінуСалт порівняно з 38,1% у групі NaCl ($p < 0,001$).

Стійкість досягнутого терапевтичного ефекту оцінювалась через 30 днів після завершення курсу лікування. Серед пацієнтів, які досягли композитного індексу ≤ 120 мм до 14-го дня, 94,2% осіб у групі СінуСалт зберегли цей показник через місяць порівняно з 85,7% у контрольній групі ($p = 0,19$). Хоча різниця не досягла статистичної значущості, спостерігалась тенденція до більш стійкого ефекту у пацієнтів, які отримували ксилітол-вмісний розчин.

Детальний аналіз динаміки кожного з чотирьох компонентів композитного індексу ВАШ виявив неоднорідність терапевтичного ефекту СінуСалт залежно від типу симптому (табл. 2). Тест ANOVA продемонстрував статистично значущу взаємодію між групою

лікування та часом для всіх досліджуваних параметрів ($p < 0,05$ для кожного симптому).

Закладеність носа як провідний симптом після турбінопластики продемонстрував найбільше покращення у групі СінуСалт. Уже на 7-й день середні показники знизились із $89,4 \pm 12,7$ мм до $34,2 \pm 18,9$ мм (зниження на 61,7%) порівняно з контрольною групою, в якій аналогічне зменшення становило лише 35,8% (з $91,2 \pm 14,1$ мм до $58,6 \pm 22,3$ мм; $p < 0,001$ між групами). До 14-го дня ця різниця стала ще більш вираженою – $19,8 \pm 14,6$ мм у групі СінуСалт та $39,7 \pm 19,8$ мм у контрольній групі ($p < 0,001$).

Симптом «виділення з носа» також показав швидшу нормалізацію під час використання ксилітол-вмісного розчину. На 14-й день

середні значення становили $22,4 \pm 16,3$ мм в основній групі та $35,8 \pm 20,7$ мм у контрольній ($p = 0,002$).

Біль та дискомфорт у носі швидше регресували у групі ксилітолу, особливо протягом першого тижня спостереження. Зниження з базового рівня $77,2 \pm 21,1$ мм до $28,9 \pm 19,4$ мм на 7-й день (62,6% покращення) значно перевищувало аналогічний показник контрольної групи – 44,3% (із $75,6 \pm 20,8$ мм до $42,1 \pm 24,6$ мм; $p = 0,012$). До кінця другого тижня різниця між групами частково нівелювалась, але залишалась статистично значимою – $18,7 \pm 15,2$ мм проти $28,3 \pm 18,9$ мм ($p = 0,017$).

Симптом «кірки в носі» продемонстрував очікувану динаміку післяопераційного

періоду з піком утворення на першому тижні та подальшим швидшим їхнім «розчиненням» у групі ксилітол-вмісного розчину. З мінімальних початкових значень $2,0 \pm 3,1$ мм у групі СінуСалт та $3,6 \pm 4,2$ мм у контрольній групі показники досягли максимуму на 7-й день: $34,8 \pm 15,2$ мм та $48,3 \pm 18,7$ мм відповідно ($p < 0,001$). На 14-й день значення цього симптому становило $15,4 \pm 11,8$ мм і $28,9 \pm 16,3$ мм в основній та контрольній групах відповідно ($p < 0,001$).

Додатковий аналіз частки пацієнтів, які досягли композитного індексу ВАШ ≤ 120 мм протягом 30-денного періоду спостереження, представлено у табл. 3. Статистично значимі

Продовження на стор. 16.

Таблиця 1. Базові характеристики пацієнтів за групами лікування (день 0)

Характеристика	СінуСалт (n = 40)	NaCl 0,9% (n = 40)	p-value
Демографічні показники			
Вік, роки (M \pm SD*)	39,4 \pm 11,8	40,1 \pm 12,3	0,78
Стать, жінки, n (%)	25 (62,5)	23 (57,5)	0,64
Тип хірургічного втручання			
Ізольована турбінопластика, n (%)	27 (67,5)	29 (72,5)	0,61
Турбінопластика + септопластика, n (%)	13 (32,5)	11 (27,5)	
Композитний індекс ВАШ, мм (M \pm SD)			
Загальний індекс	247,2 \pm 28,4	251,1 \pm 31,2	0,56
Закладеність носа	89,4 \pm 12,7	91,2 \pm 14,1	0,54
Виділення з носа	78,6 \pm 16,4	80,3 \pm 17,2	0,64
Біль/дискомфорт	77,2 \pm 21,1	75,6 \pm 20,8	0,73
Кірки у носі**	2,0 \pm 3,1	3,6 \pm 4,2	0,64
Супутня патологія			
Алергічний риніт в анамнезі, n (%)	18 (45,0)	16 (40,0)	0,64
Бронхіальна астма, n (%)	4 (10,0)	6 (15,0)	0,49

* M \pm SD – середнє арифметичне \pm стандартне відхилення.

** Кірки у носі на день операції (день 0) були мінімальними, оскільки утворюються в процесі загоєння протягом наступних днів.

sinusaltDevice
NASAL IRRIGATION WITH XYLITOL

HELPS TO REMOVE EXCESS OF MUCUS
CLEANS
CLEAR
HYDRATES

DRUG FREE TREATMENT

RELIEVES NASAL OBSTRUCTION BY REMOVING EXCESS OF MUCUS

RELIEVES VIRUSES AND BACTERIA FROM THE NASAL SINUSES

is device is recommended from 2 years onwards

2.5 g

40 SACHETS

Реклама

Ю.В. Дєєва, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ), О.В. Діхтярук, к. мед. н., доцент кафедри оториноларингології, завідувач відділення отоларингології для дорослих та дітей КНП «Свято-Михайлівська клінічна лікарня м. Києва», Я.В. Бондаренко, к. мед. н., кафедра оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Ефективність ксилітол-вмісного сольового розчину в післяопераційному догляді після турбінопластики

Продовження. Початок на стор. 14.

різниця між групами спостерігалась вже із 7-го дня дослідження та зберігалась протягом всього періоду.

Особливу увагу звернула на себе швидкість початкового покращення симптомів. У групі СінуСалт перші пацієнти почали досягати цільового показника вже на 4-й день після початку лікування, тоді як у контрольній групі аналогічний ефект спостерігався лише із 6-го дня. Це раннє розходження кривих виживаності зберігалось протягом всього періоду спостереження. Найбільш виражені переваги ксилітол-вмісного розчину були виявлені із 7-го по 14-й день. Саме в цей проміжок часу спостерігалось найбільше абсолютне збільшення частки пацієнтів з успішним результатом лікування у групі СінуСалт (рис.).

Під час додаткового аналізу ефективності іригацій СінуСалт у підгрупах пацієнтів залежно від обсягу хірургічного втручання було виявлено цікаві закономірності. У пацієнтів після ізольованої турбінопластики (n = 56) переваги ксилітол-вмісного розчину були більш вираженими порівняно з групою комбінованих втручань (n = 24). Серед пацієнтів після ізольованої турбінопластики медіанний час до досягнення композитного ВАШ ≤ 120 мм становив 7,0 днів (95% ДІ: 5,8-8,2) у групі СінуСалт та 11,0 днів (95% ДІ: 8,9-13,1) у контрольній групі (HR = 1,89; 95% ДІ: 1,25-2,86; p = 0,002). У підгрупі комбінованих втручань ця різниця була менш вираженою: 10,0 днів (95% ДІ: 6,8-13,2) та 14,0 днів (95% ДІ: 9,7-18,3) відповідно (HR = 1,32; 95% ДІ: 0,67-2,61; p = 0,42). Ці результати можна пояснити більшим обсягом хірургічної травми і тривалішим періодом загоєння після комбінованих втручань, що частково маскує специфічні ефекти ксилітол-вмісного розчину. Водночас навіть у цій підгрупі спостерігалась тенденція до покращення основних клінічних показників.

Безпека застосування ксилітол-вмісного розчину СінуСалт була підтверджена відсутністю серйозних небажаних явищ протягом всього періоду спостереження. Жоден пацієнт не припинив участі у дослідженні через побічні ефекти, пов'язані з досліджуваним препаратом. Місцеві реакції легкого ступеня спостерігались у 7,5% пацієнтів групи СінуСалт (три особи) порівняно з 2,5% у контрольній групі (одна особа; p = 0,31). У всіх випадках це було транзиторне печіння або поколювання у носовій порожнині протягом перших 2-3 хвилин після іригації, яке самостійно зникало без додаткових заходів. Про смакові порушення різного ступеня зазначили 22,5% пацієнтів групи СінуСалт і 5,0% контрольної групи (p = 0,018). Переважно (із 9 пацієнтів основної групи) йшлося про солодкуватий присмак, який не викликав суб'єктивного дискомфорту і сприймався радше як очікувана особливість препарату, ніж небажана реакція.

Обговорення

Назальний лаваж відіграє важливу роль у післяопераційному періоді після турбінопластики. Вважається, що він діє через розрідження слизу, покращення мукоциліарного кліренсу, зменшення набряку і зниження антигенного навантаження в носовій порожнині та пазухах. Хоча його використання є майже універсальним, існує значна різноманітність щодо об'єму і тиску введення, частоти і тривалості використання та складу [6].

Розчин СінуСалт містить у складі хлорид натрію, бікарбонат натрію, хлорид калію, хлорид кальцію та ксилітол [7]. Суміш, що містить ксилітол, спеціально розроблена для зрошення носової порожнини. Ксиліт – високо гігроскопічний натуральний цукор,

який пом'якшує зрошувальну рідину і покращує її очищувальний ефект, сприяючи видаленню інфекційних агентів.

У цьому дослідженні ми оцінили ефективність розчину СінуСалт (розчин із ксилітолом) як засіб для назальних іригацій у післяопераційному періоді пацієнтам після турбінопластики порівняно з фізіологічним розчином. Проведене дослідження продемонструвало статистично і клінічно значущі переваги ксилітол-вмісного розчину СінуСалт над ізотонічним розчином натрію хлориду у післяопераційному веденні пацієнтів після турбінопластики. Первинна ціль дослідження була успішно досягнута з медіанним часом до клінічного покращення – 8 днів проти 12 відповідно (p = 0,003).

Зокрема, в основній групі (СінуСалт) спостерігалось значне зменшення симптому кірок у носі, який продемонстрував очікувану динаміку післяопераційного періоду з піком утворення на першому тижні та подальшим швидшим їхнім «розчиненням» у групі ксилітол-вмісного розчину. З мінімальних початкових значень 2,0 ± 3,1 мм у групі СінуСалт та 3,6 ± 4,2 мм у контрольній групі показники досягли максимуму на 7-й день: 34,8 ± 15,2 мм та 48,3 ± 18,7 мм відповідно (p < 0,001). На 14-й день значення цього симптому становило 15,4 ± 11,8 мм та 28,9 ± 16,3 мм в основній та контрольній групах відповідно (p < 0,001).

Ці дані свідчать про те, що додавання ксилітолу до сольового розчину посилює очищувальний і протизапальний ефект іригацій, сприяючи швидшому відновленню носового дихання.

Ксилітол як ключовий компонент СінуСалт виявляє низку переваг перед фізіологічним розчином завдяки своїм антибактеріальним і протизапальним властивостям. Дослідження Weissman J.D. et al. (2011) продемонструвало, що ксилітол, розчинений у воді, добре переноситься як назальний іригант і призводить до значного покращення симптомів обструкції порівняно з фізіологічним розчином. Протизапальні властивості проявляються через осмоларний ефект, який сприяє зменшенню набряку та гіперсекреції слизу, без значних побічних ефектів (лише смакові порушення у 22,5% пацієнтів, що описують їх як очікуваний дискомфорт). Завдяки цим властивостям ксилітол є перспективним ад'ювантом для назальних розчинів, особливо у післяопераційному періоді.

За даними з літератури було встановлено, що ксилітол є однією з небагатьох сполук, ідентифікованих як активні агенти проти біоплівки, які утворює *S. aureus* та *Pseudomonas aeruginosa* [8]. Антибактеріальна дія ксилітолу пов'язана з його здатністю зменшувати адгезію патогенів до слизової оболонки, що насамперед важливо в післяопераційному періоді для профілактики інфекційних ускладнень.

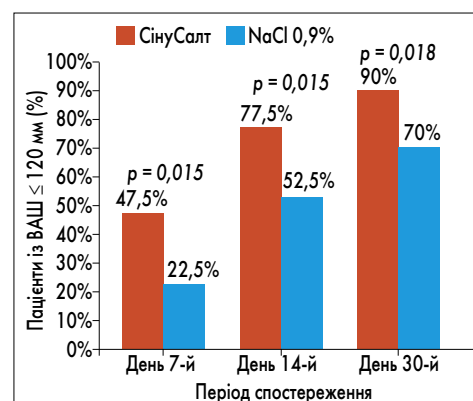


Рисунок. Кумулятивний відсоток пацієнтів із досягненням композитного індексу ВАШ ≤ 120 мм

Під час порівняння отриманих результатів із результатами інших досліджень зафіксована узгодженість із даними про переваги розчинів із доданими речовинами. Наприклад, у дослідженні Kim D.H. et al. (2022), яке оцінювало ефективність назальних іригацій після FESS (функціональних ендоскопічних втручань у носовій порожнині), сольові розчини з доданими речовинами (включно з подібними до ксилітолу) показали швидке зменшення симптомів порівняно з ізотонічним розчином [9]. Зазначені вище результати підтверджують загальний тренд післяопераційного ведення пацієнтів після оперативних втручань на носовій порожнині та приносних пазухах. Це доводить позитивний вплив доданих речовин на кшталт ксилітолу, що покращує об'єктивні показники загоєння операційного поля та підвищує комплаєнс пацієнтів.

Висновки

- Аналіз даних після застосування ксилітол-вмісного сольового розчину СінуСалт (Sinusalt®) у післяопераційному періоді після турбінопластики свідчить про статистично значуще скорочення медіанного часу до досягнення клінічно значимого покращення композитного індексу ВАШ до рівня ≤ 120 мм (8 днів проти 12 у контрольній групі; p = 0,003), що свідчить про посилення відновлювальних процесів у носовій порожнині та потенціал для оптимізації ведення реабілітаційного періоду пацієнтів після турбінопластики.
- Ксилітол-вмісний розчин демонструє перевагу в динаміці зменшення окремих компонентів симптомокомплексу, зокрема закладеності носа (зниження на 61,7% на 7-й день проти 35,8% у контрольній групі; p < 0,001) та утворення кірок (максимум 34,8 ± 15,2 мм на 7-й день проти 48,3 ± 18,7 мм; p < 0,001), що свідчить про його гігроскопічні та антиадгезивні властивості, які сприяють ефективнішому мукоциліарному кліренсу і зменшенню біоплівок.
- Профіль безпеки ксилітол-вмісного розчину СінуСалт (Sinusalt®) підтверджений відсутністю серйозних небажаних явищ та низькою частотою легких місцевих реакцій (7,5 проти 2,5% у контрольній групі; p = 0,31), із переважанням транзиторних смакових порушень як очікуваної характеристики, завдяки чому він прийнятний для рутинного використання в отоларингологічній практиці без значного впливу на комплаєнс пацієнтів.

Література

- Garcia-Chabur M.A., Castellanos J., Corredor-Rojas G. et al. (2023). Improvement in Nasal Obstruction and Quality of Life after Nasal Septoplasty with Turbinoplasty: A Pre- and Post-study. International archives of otorhinolaryngology, 27(2), e266–e273. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743462>
- Xiong H., Cao H., Huang Y. An optimization method for surgical reduction of hypertrophied inferior turbinate. J Biomech. 2020. Jan 23;99:109503. doi: 10.1016/j.jbiomech.2019.109503. Epub 2019 Nov 12.
- Kavin Kumar M.P., Karthikeyan P. & Nirmal Coumare V. (2019). Comparison of Endoscopic Turbinoplasty Versus Conventional Partial Inferior Turbectomy in Chronic Hypertrophic Rhinitis. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery: official publication of the Association of Otolaryngologists of India, 71(Suppl 3), 1895-1899. <https://doi.org/10.1007/s12070-018-1285-8>
- Abdullah B. & Singh S. (2021). Surgical Interventions for Inferior Turbinate Hypertrophy: A Comprehensive Review of Current Techniques and Technologies. International journal of environmental research and public health, 18(7), 3441. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073441>
- Malik J., Li C., Maza G. et al. (2019). Computational fluid dynamic analysis of aggressive turbinate reductions: is it a culprit of empty nose syndrome?. International forum of allergy & rhinology, 9(8), 891-899. <https://doi.org/10.1002/alr.22350>
- Succar E.F., Turner J.H. & Chandra R.K. (2019). Nasal saline irrigation: a clinical update. International forum of allergy & rhinology, 9(S1), S4–S8. <https://doi.org/10.1002/alr.22330>
- <https://sinusalt.com.ua/product/sinusalt-device/>
- Jain R., Lee T., Hardcastle T. et al. (2016). The in vitro effect of xylitol on chronic rhinosinusitis biofilms. Rhinology, 54(4), 323-328. <https://doi.org/10.4193/Rhino15.380>
- Zhao K., Craig J.R., Cohen N.A. et al. (2016). Sinus irrigations before and after surgery—Visualization through computational fluid dynamics simulations. The Laryngoscope, 126(3), E90–E96. <https://doi.org/10.1002/lary.25666>

Реклама

Таблиця 2. Динаміка окремих симптомів за ВАШ (M ± SD, мм)

Симптом	Група	Базово	День 7-й	День 14-й	День 30-й	p-value*
Закладеність носа	СінуСалт	89,4±12,7	34,2±18,9	19,8±14,6	12,4±11,2	< 0,001
	NaCl 0,9%	91,2±14,1	58,6±22,3	39,7±19,8	28,9±18,4	
	p-value**		< 0,001	< 0,001	< 0,001	
Виділення з носа	СінуСалт	78,6±16,4	36,8±19,7	22,4±16,3	15,7±12,9	< 0,001
	NaCl 0,9%	80,3±17,2	48,9±21,4	35,8±20,7	26,3±17,8	
	p-value**		0,008	0,002	0,004	
Біль/дискомфорт	СінуСалт	77,2±21,1	28,9±19,4	18,7±15,2	11,8±10,6	< 0,001
	NaCl 0,9%	75,6±20,8	42,1±24,6	28,3±18,9	20,4±15,3	
	p-value**		0,012	0,017	0,008	
Кірки в носі	СінуСалт	2,0±3,1	34,8±15,2	15,4±11,8	6,2±7,8	< 0,001
	NaCl 0,9%	3,6±4,2	48,3±18,7	28,9±16,3	15,1±12,4	
	p-value**		< 0,001	< 0,001	< 0,001	

*ANOVA для взаємодії група × час.

**U-критерій Манна – Вітні для порівняння між групами в кожній часовій точці.

Таблиця 3. Первинні та вторинні результати дослідження

Показник	СінуСалт (n = 40)	NaCl 0,9% (n = 40)	Різниця (95% ДІ)	p-value
Первинна ціль				
Медіанний час до ВАШ ≤ 120 мм, дні	8,0 (6,2-9,8)	12,0 (9,4-14,6)	HR 1,67 (1,19-2,34)	0,003
Вторинні цілі				
Досягнення ВАШ ≤ 120 мм на 7-й день, n (%)	19 (47,5)	9 (22,5)	25,0% (4,8-45,2)	0,015
Досягнення ВАШ ≤ 120 мм на 14-й день, n (%)	31 (77,5)	21 (52,5)	25,0% (6,4-43,6)	0,015
Досягнення ВАШ ≤ 120 мм на 30-й день, n (%)	36 (90,0)	28 (70,0)	20,0% (3,2-36,8)	0,018
Зміна композитного індексу ВАШ, мм (M ± SD)				
Зниження до 7-го дня	-108,2 ± 43,7	-67,4 ± 48,9	-40,8 (-60,1 до -21,5)	< 0,001
Зниження до 14-го дня	-143,8 ± 48,2	-95,7 ± 56,8	-48,1 (-69,4 до -26,8)	< 0,001
Зниження до 30-го дня	-174,3 ± 54,1	-132,8 ± 62,4	-41,5 (-66,2 до -16,8)	0,002
Відносне покращення на 14-й день, %	58,2 ± 19,4	38,1 ± 22,6	20,1 (10,3-29,9)	< 0,001
Стойкість ефекту на 30-й день, %*	94,2 (29/31)	85,7 (18/21)	8,5% (-5,8-22,8)	0,19

HR – відношення ризиків.

*Серед пацієнтів, які досягли ВАШ ≤ 120 мм на 14-й день.

Міжнародні консенсусні критерії діагностики сепсису та септичного шоку у дітей

Оновлення-2024



Сепсис залишається однією з найактуальніших проблем сучасної педіатрії. Міжнародна робоча група Товариства лікарів критичних станів (Society of Critical Care Medicine, SCCM) розробила нові консенсусні критерії Phoenix для діагностики сепсису та септичного шоку в дітей, застосувавши аналіз понад 3 млн медичних випадків, міжнародне опитування 2835 клініцистів та систематичний огляд літератури.

Передумови створення нових критеріїв

Сепсис залишається однією з провідних причин смертності серед дітей у всьому світі. У 2017 р. приблизно із 25 млн дітей, що перенесли сепсис, понад 3 млн померли [1]. У багатьох педіатричних пацієнтів, які вижили після сепсису, є тривалі фізичні, когнітивні та психологічні порушення [2-4]. Ризик розвитку сепсису в ранні роки життя перевищує показники будь-якої іншої вікової групи, причому найбільше у країнах з обмеженими ресурсами охорони здоров'я [5].

Останні специфічні для педіатрії критерії діагностики сепсису датовані 2005 р. Вони були підготовлені на Міжнародній конференції із питань сепсису в дітей (IPSCC) на основі експертної думки [8]. Згідно із цими критеріями, сепсис визначався як підозра на інфекцію або її підтвердження за наявності синдрому системної запальної відповіді (SIRS), а тяжкий сепсис – як сепсис із серцево-судинною або респіраторною органною дисфункцією або дисфункцією щонайменше двох інших органних систем.

У 2016 р. на Третій міжнародній конференції з питань сепсису та септичного шоку (Sepsis-3) були переглянуті критерії діагностики сепсису у дорослих, для чого були використані дані майже 150 тис. пацієнтів із підозрою на інфекцію [11]. Згідно з визначенням Sepsis-3, сепсис був диференційований від неускладненої інфекції за наявності загрозливої для життя органної дисфункції, спричиненої дизрегульованою відповіддю організму на інфекцію. Однак для розроблення цих критеріїв не використовувалися дані педіатричних пацієнтів і вони не були валідовані для дітей.

Ключова рекомендація: критерії SIRS більше не потрібно використовувати для діагностики сепсису у дітей. Термін «тяжкий сепсис» – зайвий, оскільки будь-який сепсис є загрозливим для життя станом.

Процес розроблення нових критеріїв

SCCM сформувало міжнародну робочу групу із 35 експертів із педіатрії, що представляли різні медичні спеціальності: інтенсивну терапію, невідкладну медицину, інфектологію, загальну педіатрію, медичну інформатику, сестринську справу та неонатологію.

Для розроблення нових критеріїв використовувався триступеневий підхід:

1. глобальне опитування 2835 клініцистів [33];
2. систематичний огляд і метааналіз [34, 35];
3. дослідження з деривації та валідації на основі даних понад 3 млн педіатричних випадків медичної допомоги [36].

Міжнародна база даних була створена на основі інформації з десяти медичних центрів: шести центрів у країнах з високим рівнем ресурсів (всі в США) та чотирьох центрів у країнах з низьким рівнем ресурсів (Бангладеш, Китай, Колумбія, Кенія). База даних включала понад 3 млн випадків госпіталізацій дітей віком до 18 років у різних відділеннях лікарень, окрім пологових госпіталізацій, та дітей, чий постконцепційний вік становив менше 37 тижнів [36].

Шкала Phoenix Sepsis Score

Органоспецифічні підшкали восьми наявних педіатричних шкал органної дисфункції [26-29] порівнювали для визначення тих, які найкраще прогнозували внутрішньолікарняну смертність серед дітей із підозрюваною інфекцією. Найефективніші підшкали використовували в багаторівневих регресійних моделях для визначення їхнього зв'язку з летальністю [36]. Остаточна модель, яка включала рівні дисфункції чотирьох органних систем – серцево-судинної, респіраторної, неврологічної та коагуляційної, – продемонструвала порівнянну ефективність із моделлю з восьми органних систем. Робоча група підтримала цю модель з огляду на її ефективність та простоту використання і перетворила на цілочислову шкалу – Phoenix Sepsis Score.

Ключова рекомендація: сепсис у дітей визначається як підозра на інфекцію із Phoenix Sepsis Score ≥ 2 бали, що вказує на потенційно загрозливу для життя дисфункцію респіраторної, серцево-судинної, коагуляційної та/або неврологічної систем.

Компоненти Phoenix Sepsis Score

Респіраторна система (0-3 бали):

- оцінюється співвідношення PaO_2 : FiO_2 або SpO_2 : FiO_2 ;
- 1 бал: PaO_2 : $\text{FiO}_2 < 400$ або SpO_2 : $\text{FiO}_2 < 292$ на будь-якій респіраторній підтримці;
- 2 бали: PaO_2 : FiO_2 100-200 або SpO_2 : FiO_2 148-220 на інвазивній механічній вентиляції (IMB);
- 3 бали: PaO_2 : $\text{FiO}_2 < 100$ або SpO_2 : $\text{FiO}_2 < 148$ на IMB.

Серцево-судинна система (0-6 балів):

- по 1 балу (максимум 3) за застосування вазоактивних препаратів, лактат 5-10,9 ммоль/л, артеріальна гіпотензія за віком;
- по 2 бали (максимум 6) за ≥ 2 вазоактивні препарати, лактат ≥ 11 ммоль/л, тяжка гіпотензія.

Коагуляційна система (0-2 бали): по 1 балу за кожен критерій (максимум 2):

- тромбоцити $< 100 \times 10^3$ /мкл;
- Міжнародне нормалізоване співвідношення $> 1,3$;
- D-димер > 2 мг/л FEU;
- фібриноген < 100 мг/дл.

Неврологічна система (0-2 бали):

- 1 бал: шкала коми Глазго ≤ 10 ;
- 2 бали: фіксовані зиніці білатерально.

Критерії діагностики сепсису та септичного шоку

Серед дітей із підозрою на інфекцію в перші 24 години госпіталізації внутрішньолікарняна смертність становила 0,7% у країнах із високим рівнем ресурсів та 3,6% у країнах із низьким рівнем. Phoenix Sepsis Score ≥ 2 бали виявлено у 7,1 та 5,4% випадків відповідно й ідентифіковано дітей із вищим ризиком смерті: летальність становила 7,1% (726 із 10 243) та 28,5% (441 із 1549) відповідно [36].

Ключова рекомендація: септичний шок визначають як сепсис із серцево-судинною дисфункцією, що операціоналізується ≥ 1 бал серцево-судинного компонента Phoenix Sepsis Score. Це включає тяжку гіпотензію за віком, лактат крові > 5 ммоль/л або потребу у вазоактивних препаратах.

Поширеність септичного шоку серед дітей із сепсисом становила 53,7 та 81,3% відповідно, з внутрішньолікарняною летальністю 10,8 та 33,5% [36].

Органна дисфункція, віддалена від первинного вогнища інфекції

Діти, які відповідали критеріям Phoenix сепсису, включали тих, у кого органна дисфункція обмежувалася первинно інфікованим органом (наприклад, ізольована респіраторна дисфункція у дитини з пневмонією) і у кого показники Phoenix Sepsis Score вказували на органну дисфункцію, віддалену від первинного вогнища інфекції (наприклад, респіраторна дисфункція у дитини з менінгітом).

Діти із сепсисом і віддаленою органною дисфункцією мали вищу смертність (8,0 та 32,3% відповідно) і становили 85,2% серед дітей із сепсисом в обох групах країн. Натомість діти з Phoenix Sepsis Score ≥ 2 , у яких органна дисфункція обмежувалася первинним вогнищем інфекції, мали летальність 1,7 та 6,1% відповідно [36].

Практичне застосування шкали Phoenix

Шкала Phoenix Sepsis Score може бути розрахована навіть за відсутності деяких змінних. Очікується, що лабораторні дослідження та інші вимірювання виконуватимуться за клінічними показаннями на розсуд лікарів.

Невизначені параметри оцінюються як 0 балів у загальному підрахунку.

Вік не коригується на недоношеність, критерії не застосовують до пологових госпіталізацій і новонароджених, чий постконцепційний вік < 37 тижнів, або осіб ≥ 18 років [36].

Діагностичний алгоритм

1. **Скринінг на сепсис:** використовувати доступні в закладі протоколи раннього виявлення дітей з інфекцією та ознаками погіршення стану.
2. **Оцінювання підозри на сепсис:** потреба в антимікробній терапії та дослідженнях.
3. **Оцінювання органної дисфункції:** розрахунок Phoenix Sepsis Score.
4. **Діагностика сепсису:** Phoenix Sepsis Score ≥ 2 бали.
5. **Діагностика септичного шоку:** серцево-судинний компонент ≥ 1 бал.

Ключова рекомендація: критерії Phoenix Sepsis Score не призначені для раннього скринінгу або розпізнавання можливого сепсису до появи явної органної дисфункції. Необхідне подальше розроблення інструментів скринінгу для виявлення дітей із групи ризику.

Застосування критеріїв у різних умовах

Заклади з обмеженими ресурсами

Критерії Phoenix продемонстрували високу точність ідентифікації сепсису в країнах із низьким рівнем ресурсів охорони здоров'я [36], що сприятиме міжнародному впровадженню та стандартизації збору епідеміологічних даних. Завдяки використанню лише чотирьох органних систем потреба в додаткових лабораторних дослідженнях зменшується і критерії стають більш доступними для застосування.

Хоча визначення рівня лактату крові, включеного до Phoenix Sepsis Score, може бути недоступним у деяких медичних закладах, результати моделювання і глобального опитування обґрунтовують його як важливий діагностичний показник, який рекомендовано визначати за будь-якої можливості, навіть у країнах із низьким рівнем ресурсів охорони здоров'я [22]. Робоча група визнає, що методи органної підтримки, такі як інвазивна штучна вентиляція легень або застосування вазоактивних препаратів, можуть бути недоступними в деяких закладах. Тоді для оцінювання можна використовувати інші компоненти шкали, зокрема знижене співвідношення SpO_2 : FiO_2 або артеріальну гіпотензію [36].

Покращення якості медичної допомоги

Критерії Phoenix мають потенціал для просування ініціатив з покращення якості педіатричної допомоги при сепсисі [43], хоча не всі пацієнти, які відповідають цим критеріям, матимуть бактеріальні інфекції. Зусилля щодо підвищення раціонального використання антибіотиків, інтегровані в роботу з покращення якості, мають включати і заходи своєчасного призначення антимікробних препаратів, і оцінювання їхньої доцільності [44,45].

Висновки

Міжнародна робоча група SCCM під час розроблення та валідації критеріїв Phoenix для діагностики сепсису та септичного шоку в дітей використала велику міжнародну базу даних, систематичного огляду і метааналізу, а також модифікованого консенсусного підходу Дельфі. Phoenix Sepsis Score ≥ 2 бали ідентифікує потенційно загрозливу для життя органну дисфункцію у дітей молодших 18 років з інфекцією, і його використання здатне покращити клінічну допомогу, епідеміологічну оцінку, дослідження педіатричного сепсису та септичного шоку в усьому світі [36].

Ці критерії сприяють стандартизації підходу до діагностики і лікування сепсису у дітей, а також міжнародному співробітництву у сфері боротьби із цим загрозливим станом.

Реферативний огляд Schlapbach L.J., Watson R.S., Sorce L.R. et al (2024) Society of Critical Care Medicine Pediatric Sepsis Definition Task Force. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA. 331(8):665-674. doi:10.1001/jama.2024.0179

Підготував Максим Голуб

Гайдлайни ААР 2025: нові підходи до вакцинації дітей проти грипу



Американська академія педіатрії (ААР) представила оновлені рекомендації щодо вакцинації проти грипу на сезон – 2025/2026. В умовах України в осінній сезон – 2025 найбільш доцільно впроваджувати рекомендації щодо вакцинації проти грипу з кількох ключових причин. По-перше, традиційно пік захворюваності на грип в Україні припадає на жовтень-грудень, що робить поточний період придатним для проведення превентивних заходів. По-друге, воєнний стан створює додаткові ризики для дитячого населення через переміщення, обмеження доступу до медичного обслуговування та стрес, що може призводити до зниження імунітету. Тому оновлені рекомендації ААР в українських реаліях є особливо актуальними.

Діти, особливо віком до 5 років та з певними супутніми захворюваннями, схильні до захворювання на грип, зокрема до розвитку тяжких або фатальних його ускладнень [1-3]. Вони також відіграють ключову роль у передаванні інфекції, спричиненої вірусом грипу, членам родини та іншим близьким контактним особам [1, 4-6].

Вакцинація дітей проти грипу може зменшити тягар захворювання безпосередньо, а також серед членів родини, близького кола та осіб усіх вікових груп [7, 8]. Зменшуючи тягар респіраторних захворювань, вакцинація проти грипу сприяє збереженню ресурсів системи охорони здоров'я, особливо в разі циркуляції інших вірусів

ААР рекомендує для профілактики грипу рутинну вакцинацію дітей віком ≥ 6 місяців. Незважаючи на цю рекомендацію, охоплення вакцинацією проти грипу протягом сезону грипу – 2024/2025 знову знизилось. Станом на 26 квітня 2025 р. лише 49,2% дітей віком від 6 місяців до 17 років були вакциновані, що на 14,5 процентного пункту нижче, ніж наприкінці 2020 р.

Відмінності в показниках вакцинації визначалися віком, расовою та етнічною належністю, соціальним статусом, місцем проживання, а також статусом імунізації матері [9]. Необхідні термінові подальші зусилля для збільшення охоплення вакцинацією проти грипу, зокрема стратегії для зменшення нерівного доступу до вакцин та оптимізації постачання, а також для заохочення вакцинуватися.

Ця програмна заява узагальнює оновлення та рекомендації для сезону грипу – 2025/2026. Супутній технічний звіт містить більш детальну інформацію [10].

Оновлення для сезону грипу – 2025/2026

1. Усі ліцензовані вакцини, доступні в Сполучених Штатах у цьому сезоні, є тривалентними.

2. Склад вакцин проти грипу для сезону – 2025/2026 було оновлено.

3. Рекомендації щодо лікування та профілактики грипу були спрощені.

4. Жива атенуйована вакцина проти грипу (LAIV) доступна для введення в домашніх умовах особою, що здійснює догляд, дітям віком ≥ 2 роки, які відповідають критеріям для проведення вакцинації.

5. Рекомбінантна вакцина проти грипу з гемаглютиніном (HA), експресованим бакуловірусом (RIV3), тепер дозволена для осіб віком від 9 років [11].

Групи високого ризику в педіатрії

Діти віком до 5 років, особливо молодші 2 років і з певними супутніми медичними станами, мають підвищений ризик госпіталізації та ускладнень, зумовлених грипом [10]. Хоча вакцинація проти грипу рекомендована для всіх, починаючи з 6-місячного віку, слід акцентувати увагу на забезпеченні щорічною вакцинацією дітей групи високого ризику, із проблемами зі здоров'ям та складною патологією, а також їхніх батьків/опікунів, інших членів родини та осіб, що здійснюють догляд.

Крім того, необхідні більші зусилля для усунення бар'єрів для вакцинації усіх осіб, які мають вищий ризик несприятливих наслідків від грипу. Ризик тяжких наслідків грипу залежить від расової та етнічної належності, водночас деякі групи мають більшу схильність до їхнього розвитку [12]. В одному перехресному дослідженні, що охопило 10 сезонів грипу, особи афроамериканського походження, латиноамериканці та корінні американці/корінні жителі Аляски мали вищі показники госпіталізацій, асоційованих з грипом, та госпіталізацій до відділень інтенсивної терапії, водночас найвищими вони були серед дітей віком ≤ 4 роки [12]. Внутрішньолікарняна смертність, асоційована з грипом, була в 3-4 рази вищою серед афроамериканських, латиноамериканських та азіатських/тихоокеанських дітей порівняно з білими дітьми [12]. Тяжким наслідком і підвищеною смертністю в цих групах сприяє нерівність у доступі до системи охорони здоров'я та інші соціальні чинники, що впливають на здоров'я.

Сезонні вакцини проти грипу

Сезонні вакцини проти грипу, ліцензовані для дітей на 2025-2026 рр., описано в технічному звіті. Як і в сезоні – 2024/2025, усі сезонні вакцини проти грипу 2025-2026 рр., доступні в Сполучених Штатах, є тривалентними та містять гемаглютинін, отриманий зі штамів грипу, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і Управлінням з контролю якості харчових продуктів та лікарських засобів США (FDA) для Північної півкулі [13, 14].

Компонент вакцини проти грипу А (H3N2) для сезону – 2025/2026 було оновлено. Компоненти грипу А (H1N1) і грипу В лінії Вікторія залишилися без змін.

Рекомендації щодо вакцинації проти грипу

Загальні рекомендації

1. ААР протягом сезону грипу – 2025/2026 рекомендує вакцинацію проти грипу всіх осіб віком ≥ 6 місяців.

2. ААР рекомендує будь-яку ліцензовану вакцину проти грипу, що відповідає віку та стану здоров'я, зокрема інактивовану (неживу) вакцину проти грипу (IIV) або рекомбінантну вакцину проти грипу (RIV) та LAIV, і не віддає перевагу одній вакцині над іншою. RIV тепер є опцією для осіб віком ≥ 9 років [11]. Вакцинацію проти грипу не слід відкладати для отримання конкретної вакцини, зокрема без тимеросалу. Про безпеку вакцин, що містять тимеросал, йдеться в технічному звіті.

3. LAIV не слід використовувати для осіб з імунодефіцитом та із певними хронічними медичними станами.

4. Кількість доз вакцини проти грипу, рекомендованих для дітей у сезон грипу – 2025/2026, залишається незмінною і залежить від віку дитини на момент введення першої дози та анамнезу вакцинації проти грипу. Дози, введені за 4 дні до мінімального рекомендованого інтервалу, є прийнятними.

5. Якщо дитині рекомендовано отримати 2 дози вакцини в певному сезоні, вони не обов'язково мають бути одного виробника або форми випуску. Дитина може отримати комбінацію IIV, RIV та LAIV, якщо це відповідає віку та стану здоров'я.

6. Вакцину проти грипу слід пропонувати дітям, щойно вона стане доступною, особливо тим, кому рекомендовано отримати 2 дози. Для оптимального захисту перед сезоном грипу рекомендовану дозу (дозу) в ідеалі слід отримати до кінця жовтня.

7. Для дітей зі злоякісними новоутвореннями, які отримують хіміотерапію, IIV або RIV слід вводити за ≥ 2 тижні до проведення цитотоксичної хіміотерапії, коли це клінічно можливо.

8. Дітям, які розпочинатимуть анти-В-клітинну терапію (наприклад, ритуксимаб, алемтузумаб), IIV або RIV оптимально вводити принаймні за 2-4 тижні до її початку. Дітям, які отримували анти-В-клітинну терапію, введення IIV слід відкласти на 6 місяців після останньої дози і в ідеалі після появи доказів відновлення В-клітин.

9. У пацієнтів, які перебувають у ремісії і не потребують додаткової

хіміотерапії або трансплантації гемопоетичних клітин, слід розглядати неживі вакцини через ≥ 6 місяців після інфузії Т-клітин із химерними антигенними рецепторами (CAR), націленими на CD19.

10. Реципієнтам трансплантованих гемопоетичних клітин (HCT) IIV можна вводити не раніше ніж через 4-6 місяців після трансплантації.

11. Хоча високодозова IIV не схвалена для використання в дітей, клініцисти можуть розглянути введення 2 доз високодозової тривалентної інактивованої (неживої) вакцини проти грипу (IIV3) з інтервалом 28-42 дні у педіатричних реципієнтів HCT віком 3-17 років [15, 16].

12. Для реципієнтів трансплантації солідних органів (SOT) IIV можна вводити не раніше ніж через 3 місяці після SOT, хоча протягом сезону грипу можливість щеплення може розглядатися через ≥ 1 місяць після SOT.

13. Члени сімей осіб з імунодефіцитом повинні щорічно вакцинуватися проти грипу.

Додаткові рекомендації для вагітних та жінок, що годують грудьми

14. Педіатри, які взаємодіють з вагітними, повинні рекомендувати вакцинацію проти грипу, наголошуючи на перевагах вакцинації для них та їхніх немовлят.

15. Вагітні можуть отримувати IIV або RIV у будь-який термін вагітності для захисту себе та своїх немовлят. Ті, хто не вакцинувався під час вагітності, повинні отримати вакцину проти грипу перед випискою з лікарні. Тих, хто відмовляється від вакцини під час госпіталізації, слід заохочувати обговорити потребу вакцинації проти грипу з їхнім акушером, сімейним лікарем або іншим довіреним клініцистом.

16. Вакцинація проти грипу жінки в період лактації забезпечує захист і матері, і немовляти, є рекомендованою і безпечною.

Додаткові рекомендації для подорожніх

17. Особи, які їдуть у тропічні країни, подорожують на круїзних суднах або до Південної півкулі протягом квітня-вересня, повинні розглянути сезонну вакцинацію проти грипу за ≥ 2 тижні до від'їзду, якщо не були вакциновані протягом попередньої осені або зими і якщо вакцина доступна [10].

Додаткові рекомендації для медичного персоналу

18. ААР підтримує вакцинацію проти грипу медичного персоналу як умову працевлаштування, що є важливою стратегією для зменшення кількості випадків інфікування вірусом грипу, асоційованих із наданням медичної допомоги.

Впровадження вакцинації проти грипу

Слід докладати зусилля для сприяння вакцинації проти грипу всіх дітей, особливо віком до 5 років і тих, що належать до груп високого ризику, а також їхніх контактів, якщо немає протипоказань, використовуючи стратегії, засновані на доказах. Для сприяння вакцинації проти грипу в громадах, які не мають рівного доступу до медичних послуг, важливо залучати членів громади до розроблення стратегій, враховуючи культурні особливості.

Підвищення доступності та зменшення перешкод для вакцинації через школи, аптеки, лікарні та інші неспеціалізовані заклади може покращити показники вакцинації. Однак вакцинація в медичному закладі є основним варіантом для маленьких дітей, оскільки полегшує надання інших необхідних послуг, таких як догляд за здоров'ям, профілактичний скринінг, попередні консультації та інші важливі дитячі щеплення. Щодо пацієнтів і сімей, для яких обмеження ресурсів становитимуть перешкоду для отримання вакцини в медичному центрі, домашнє введення LAIV є альтернативою для деяких осіб віком від 2 до 49 років. Практичні міркування щодо введення LAIV у домашніх умовах наведено в технічному звіті [10].

Коли вакцинацію проти грипу проводять у неспеціалізованому закладі, пацієнтам і медичному закладу слід надати відповідну документацію і подати її до державних або регіональних інформаційних систем імунізації (IIS).

Лікарі, що ведуть педіатричних пацієнтів, можуть розглянути пропозицію введення вакцини проти грипу членам сім'ї та близьким контактним особам [17].

Правозахист вакцинації проти грипу

Усі учасники заходів з імунізації повинні докладати зусилля для усунення диспропорцій у забезпеченні вакцинами проти грипу пацієнтів, що мають приватну страховку, і тих, хто має право на вакцинацію через програму «Вакцини для дітей» (VFC).

Інформацію про вакцину проти грипу потрібно надавати дітям та їхнім сім'ям бажаною для них мовою, особливо тим, хто може стикатися з перешкодами в отриманні профілактичної допомоги.

Державним і приватним платникам слід пропонувати адекватну оплату за постачання та введення вакцини проти грипу дітям, оновлювати оплату за неї, щоб лікарі та інші спеціалісти, які лікують дітей, отримували оплату за введення доз, а також усунути залишкові бар'єри у вигляді витрат, які мають брати на себе пацієнти за вакцинацію проти грипу, там, де вони досі існують.

Тестування на грип

Рекомендації щодо тестування на грип базуються на обставинах та очікуваному впливі на клінічне ведення.

Тестування на грип слід проводити в дітей з ознаками та симптомами грипу, коли результати тестування можуть вплинути на клінічне ведення (наприклад, для ухвалення рішення про початок

протівірусної терапії або уникнення антибіотикотерапії, проведення інших діагностичних тестів, вжиття заходів із профілактики та контролю інфекцій або диференціювання від інших респіраторних вірусів із подібними симптомами). Тестування на пташиний грип або інші нові штами слід проводити за вказівкою органів охорони здоров'я [20]. Клініцисти повинні розглянути доцільність питання про контакт із хворими або мертвими тваринами, особливо дикими птахами, свійською птицею або молочною худобою, щоб визначити необхідність тестування на пташиний грип.

Коли грип циркулює в громаді, госпіталізованим пацієнтам з ознаками і симптомами грипу потрібно проводити дослідження за допомогою тесту з ампліфікацією нуклеїнових кислот із високою чутливістю та специфічністю (наприклад, полімеразна ланцюгова реакція зі зворотною транскрипцією [RT-PCR]).

Домашні тести доступні для дітей віком від 2 років, але дані про використання цих тестів у педіатричних пацієнтів обмежені. Використання результатів домашніх тестів для інформованих рішень щодо лікування має базуватися на чутливості та специфічності тесту, поширеності грипу в громаді, наявності і тривалості сумісних ознак і симптомів, а також індивідуальних факторах ризику та коморбідностях.

Лікування грипу

Протівірусні препарати є важливим доповненням у контролі грипу, але не заміною вакцинації проти грипу. Роль протівірусних препаратів для профілактики та лікування грипу у дітей залежить від тяжкості захворювання та міркувань щодо ризику. Варіанти протівірусних препаратів разом із потенційними перевагами та шкодою протівірусного лікування узагальнено в технічному звіті [10]. Хоча найкращі результати спостерігають, коли дитину починають лікувати протягом перших 48 годин після початку симптомів, у певних випадках протівірусну терапію досі слід розглядати після 48 годин.

Лікарі та інші спеціалісти, які лікують дітей, повинні швидко виявляти пацієнтів із підозрою на грип для своєчасного початку протівірусного лікування, коли це показано, щоб зменшити захворюваність і смертність. Амбулаторне лікування дітей, які не мають високого ризику ускладнень грипу, має базуватися на спільному ухваленні рішень клініцистом і батьками/опікунами дитини.

Призначення протівірусної терапії не потребує позитивного тесту на грип, коли грип циркулює в громаді. Рішення про початок протівірусної терапії має базуватися на ознаках і симптомах, характерних для грипу, факторах ризику з боку пацієнта та епідеміологічних факторах (наприклад, циркуляція грипу в громаді, відомий контакт тощо).

ААР вважає озельтамівір основним протівірусним препаратом для пацієнтів із грипом А і В з огляду на накопичений досвід використання цього препарату в дітей, відносно доступну вартість і легкість введення. Клініцисти повинні звертатися до CDC для отримання найактуальнішої інформації про чутливість до протівірусних препаратів.

За матеріалами Committee on Infectious Diseases; Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2025–2026; Policy Statement. Pediatrics 2025; 10.1542/peds.2025-073620

Підготував Максим Голуб



Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Оформити передплату на наші видання Ви можете

- через редакцію, написавши листа на адресу podpiska@health-ua.com
- через онлайн-сервіс передплати на сайті «Укрпошти» podpiska@health-ua.com
- у будь-якому поштовому відділенні зв'язку України за каталогом «Укрпошти» в розділі «Охорона здоров'я. Медицина»
- через регіональні передплатні агентства

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку. При оплаті в призначенні платежу вказати обране видання та термін передплати
- надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників
- надіслати адресу доставки в зручний для Вас спосіб:
 - поштою: «Видавничий дім «Здоров'я України», вул. Світлицького, 35, офіс 23з, м. Київ, 04215
 - електронною поштою: podpiska@health-ua.com

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»

Нове в медицині та медичній практиці

Передплатний індекс – **35272**

Періодичність виходу – 2 рази на місяць / 24 рази на рік

Вартість редакційної передплати:

- на 1 місяць – 486 грн
- на 3 місяці – 1418 грн
- на 6 місяців – 2816 грн
- на 12 місяців – 5612 грн

НАШІ РЕКВІЗИТИ:

ТОВ «Рекламне агентство «Здоров'я України»

04215, м. Київ, вул. Світлицького, 35, офіс 23з, E-mail: podpiska@health-ua.com

ЄДРПОУ 39530644, UA63351005000026004629765000

АТ «УкрСиббанк», МФО 351005

Тематичні номери

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Акушерство.

Гінекологія. Репродуктологія»

Передплатний індекс – **89326**

Періодичність виходу – 5 разів на рік

Вартість передплати на рік – 1390 грн,

на півріччя – 834 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Онкологія.

Гематологія. Хіміотерапія»

Передплатний індекс – **37634**

Періодичність виходу – 7 разів на рік

Вартість передплати на рік – 1946 грн,

на півріччя – 834 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Педіатрія»

Передплатний індекс – **37638**

Періодичність виходу – 5 разів на рік

Вартість передплати на рік – 1390 грн,

на півріччя – 834 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Діабетологія.

Тиреоїдологія. Метаболічні розлади»

Передплатний індекс – **37632**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 1052 грн,

на півріччя – 536 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Кардіологія.

Ревматологія. Кардіохірургія»

Передплатний індекс – **37639**

Періодичність виходу – 6 разів на рік

Вартість передплати на рік – 1568 грн,

на півріччя – 794 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Неврологія.

Психіатрія. Психотерапія»

Передплатний індекс – **37633**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 1052 грн,

на півріччя – 536 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Пульмонологія.

Алергологія. Риноларингологія»

Передплатний індекс – **37631**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 1052 грн,

на півріччя – 536 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Хірургія. Ортопедія.

Травматологія. Інтенсивна терапія»

Передплатний індекс – **49561**

Періодичність виходу – 5 разів на рік

Вартість передплати на рік – 1390 грн,

на півріччя – 834 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Урологія.

Нефрологія. Андрологія»

Передплатний індекс – **86683**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 1052 грн,

на півріччя – 536 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гастроентерологія.

Гепатологія. Колопроктологія»

Передплатний індекс – **37635**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 1052 грн,

на півріччя – 536 грн



НАША АДРЕСА:

«Видавничий дім

«Здоров'я України»,

04215, м. Київ,

вул. Світлицького, 35, офіс 23з,

E-mail: podpiska@health-ua.com,

www.health-ua.com



www.health-ua.com

Методичні рекомендації щодо заходів охорони психічного здоров'я матері та дитини у перинатальному і постнатальному періодах

Усвідомлене бажання мати дитину та готовність до виконання батьківських функцій, перегляд особистих життєвих цінностей у контексті відповідальності за дитину – це складники психічного здоров'я батьків перед зачаттям, під час вагітності та після пологів. Методичні рекомендації розроблені для міждисциплінарної співпраці медичних і соціальних спеціалістів для формування спільної підтримки та безперервного моніторингу здоров'я вагітної, а згодом матері та новонародженої дитини, зокрема щодо депресії та тривожності. Також вони регламентують подальші заходи для підтримки їхнього психічного здоров'я.

I. Загальні положення

1) Ці методичні рекомендації розроблені для забезпечення підтримки психічного здоров'я через надання медичними працівниками психологічної допомоги та підтримку жінок у пери- і постнатальному періодах, що сприятиме гармонійному психічному розвитку дітей.

2) Терміни, зазначені у цих методичних рекомендаціях, вживаються у значеннях, наведених у законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні», інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

II. Психічне здоров'я перед і під час вагітності та після пологів

Психологічна готовність до батьківства і пологів

Основні ознаки психологічної готовності до батьківства

1) Емоційна готовність – здатність особи регулювати власні емоційні стани, приймати зміни, контролювати рівень тривожності. Ознаками готовності є стабільність настрою, здатність до самозаспокоєння, відсутність виражених проявів емоційної нестабільності. Рекомендовано виконувати вправи на релаксацію, застосовувати методи аутотренінгу, обговорювати власні хвилювання із фахівцем із психічного здоров'я або партнером.

2) Інформаційна обізнаність – наявність базових знань щодо перебігу вагітності, процесу пологів, фізіологічних змін та больових відчуттів. Ознаками готовності є участь у тематичних тренінгах, школах батьківства, самостійне ознайомлення з інформаційно-науковими матеріалами. Рекомендовано використовувати джерела, засновані на доказовій медицині, консультуватися з медичними працівниками.

3) Психологічне благополуччя – суб'єктивне відчуття психічної рівноваги та життєвої задоволеності, наявність життєвих орієнтирів, ефективних стратегій подолання труднощів, здатність до адаптації. Ознаками готовності є позитивне сприйняття життєвих змін. За наявності ознак емоційного виснаження рекомендовано звертатися за консультацією до лікаря-психолога або лікаря-психотерапевта.

4) Мотиваційний складник – усвідомлене бажання мати дитину, готовність до виконання батьківських функцій і відповідальність за майбутню дитину. Ознаками готовності є активна участь у підготовці до народження дитини, спільне планування, визначення ролей між партнерами. Рекомендовано чітко окреслити сфери відповідальності, залучатися до процесу ухвалення рішень щодо догляду за дитиною.

5) Партнерська взаємодія – наявність підтримки між партнерами, здатність до конструктивного діалогу, спільного ухвалення рішень. Ознаками готовності є довіра, щире спілкування, узгоджене бачення батьківських ролей. Рекомендовано здійснити попередній

розподіл обов'язків, скласти спільний план дій на час пологів і післяпологовий період.

6) Поведінкова готовність – здатність до конструктивної поведінки в умовах стресу, реалізація набутих знань на практиці. Ознаками готовності є зосередженість, здатність діяти відповідно до заздалегідь визначеного алгоритму. Рекомендовано підготувати індивідуальний набір необхідних речей на період пологів (тривожну валізуку), мати план дій у разі початку пологів.

7) Духовний складник – усвідомлення нової соціальної ролі, перегляд особистих життєвих цінностей у контексті відповідальності за майбутню дитину. Ознаками готовності є внутрішнє прийняття батьківства як важливого складника життєвого шляху. Рекомендовано обговорювати очікування батьківства з партнером, родиною та/або фахівцями із психічного здоров'я, шукати особисті джерела внутрішньої опори (моральні, філософські, духовні).

Рекомендації щодо збереження психічного здоров'я вагітної жінки

Вагітність – це фізіологічний і психологічно значущий період у житті жінки, що супроводжується комплексом змін в організмі, психоемоційному стані та соціальній поведінці. Сучасні наукові дані свідчать, що психічне здоров'я вагітної жінки має безпосередній вплив і на її загальне самопочуття, і на внутрішньоутробний розвиток плода, перебіг пологів і стан новонародженої дитини. У зв'язку з цим забезпечення психоемоційного благополуччя жінки в період гестації потребує мультидисциплінарного підходу із залученням спеціалістів різних профілів: лікарів загальної практики – сімейних лікарів, психологів, акушерів-гінекологів, а також соціальних працівників.

Ключові рекомендації, спрямовані на збереження та підтримку психічного здоров'я вагітної жінки

1) Соціальна підтримка: підтримка з боку партнера, родини, друзів і соціального оточення є ключовим чинником психічного добробуту вагітної жінки. Рекомендації щодо забезпечення належної соціальної підтримки:

- залучення партнера і близьких родичів до повсякденного життя та потреб вагітної жінки;
- формування широкій, довірливої комунікації в партнерських стосунках;
- за необхідності – звернення до груп психологічної підтримки, фахівців з охорони психічного здоров'я або соціальних працівників.

2) Психологічна допомога і психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія та інші науково обґрунтовані методи психотерапії продемонстрували високу ефективність у зменшенні симптомів тривожності, депресії та психоемоційного напруження у вагітних жінок.

Рекомендації щодо надання підтримки вагітній жінці:

- своєчасне звернення до лікаря-психолога та/або лікаря-психотерапевта у разі виникнення симптомів тривоги, пригніченого настрою, емоційної нестабільності;
- використання технік саморефлексії, методів релаксації та практик усвідомленості;
- утримання від самодіагностики, самолікування і застосування неперевіраних психотерапевтичних методів;
- за необхідності – участь у групах психологічної підтримки або проходження індивідуального психотерапевтичного супроводу.

3) Фізична активність відіграє позитивну роль у профілактиці тривожних і депресивних розладів. Вагітній жінці рекомендовано дотримуватись вказівок Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), наведених у Global Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior (2020).

Рекомендовано:

- мінімум 150 хвилин фізичної активності помірної інтенсивності на тиждень (наприклад, 30 хвилин на день, 5 разів на тиждень);
- до безпечних видів фізичної активності належать ходьба, йога для вагітних, плавання, вправи на велотренажері, легка аеробіка;
- вправи на зміцнення м'язів – двічі на тиждень, вправи на розтягування та релаксацію – щодня;
- уникати фізичних навантажень у спеку, за високої вологості, занять із ризиком травм (верхова їзда, бойові мистецтва, гірські лижі);
- після 16-го тижня вагітності уникати тривалого лежання на спині;
- за наявності ускладнень або хронічних захворювань попередньо проконсультуватися з лікарем, який веде вагітність.

Протипоказання до фізичних навантажень:

- тяжка анемія;
- прееклампсія;
- передлежання плаценти (особливо після 26-го тижня);
- вагінальні кровотечі;
- багатоводдя/маловоддя (за висновком персонального лікаря);
- інші медичні стани, що визначені персональним лікарем.

4) Психологічна освіта. Інформування жінок щодо фізіологічних і психологічних змін у період вагітності підвищує відчуття контролю та зменшує рівень тривожності.

Рекомендовано:

- відвідувати курси підготовки до пологів;
- користуватися перевіреними інформаційними джерелами: рекомендації ВООЗ, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), МОЗ;
- уникати надмірного споживання неперевіреної або емоційно тривожної інформації.

5) Медична підтримка і скринінг психічного стану. Відповідно до клінічних настанов АСОГ, кожна вагітна жінка має проходити скринінг на депресивні й тривожні розлади.

Рекомендовано:

- лікарям, які ведуть вагітність, здійснювати регулярний моніторинг психоемоційного стану пацієнтки;
- у разі необхідності призначати фармакотерапію з урахуванням профілю безпеки лікарських засобів для плода;
- при виявленні ознак психічних розладів скеровувати жінку до відповідних спеціалістів (лікаря-психіатра, лікаря-психолога або лікаря-психотерапевта).

Рекомендації для майбутньої матері від фахівців сфери психічного здоров'я**До зачаття**

- 1) Усвідомлення та прийняття майбутніх змін:
 - запропонувати жінці обдумати власну готовність до змін у тілі, способі життя, соціальній ролі;
 - роз'яснити, що вагітність не завжди є логічним кроком і що жінка має право на час для адаптації до планування вагітності.
- 2) Спілкування:
 - рекомендувати широко обговорювати з партнером очікування, страхи та майбутні обов'язки;
 - заохочувати отримання підтримки від друзів та жінок із досвідом вагітності й пологів.
- 3) Зниження рівня тривоги:
 - роз'яснити, що наявність страхів щодо вагітності, пологів або батьківства є нормальним явищем;
 - інформувати про можливість користування допоміжними засобами для підтримки психоемоційного стану (психотерапія, медитація, дихальні практики, ведення щоденника думок).
- 4) Робота з травматичним досвідом:
 - рекомендувати опрацювати психологічні або тілесні травми, втрати, складні сімейні стосунки, якщо такі є, до зачаття.

Після пологів

- 1) Прийняття нової себе:
 - пояснити, що фізіологічні та психологічні зміни, а також нові сімейні обов'язки є природними й очікуваними;
 - наголосити на необхідності адаптації та що втома є нормальним складником періоду після народження дитини.
- 2) Відстеження симптомів післяпологової депресії:
 - звертати увагу на такі симптоми, як стійкий пригнічений настрій, брак сил для догляду за дитиною, а також постійна надмірна тривога, плаксивість, байдужість до дитини, дратівливість через плач дитини, втома, постійні думки, що «я погана мама» (такі прояви виникають не лише внаслідок гормональних змін, а й можуть свідчити про розлади психічного здоров'я);
 - у разі збереження або посилення симптомів упродовж понад 2-3 тижні рекомендувати звернення до лікаря-спеціаліста.
- 3) Соціальна підтримка:
 - заохочувати спілкування з оточенням (навіть коротка розмова чи прогулянка з іншою мамою мають значення);
 - наголосити на важливості підтримки партнера та широкій комунікації щодо власних емоцій.
- 4) Час для себе:
 - рекомендувати щодня виділяти 30-60 хвилин на відпочинок або улюблену справу (тиша, читання, душ, медитація, музика);
 - роз'яснити, що такий час не є проявом егоїзму, а необхідний для емоційної рівноваги.
- 5) Психоемоційна гігієна:
 - заохочувати фіксувати власні емоції та самопочуття;
 - рекомендувати регулярно ставити собі запитання: «Що я зараз відчуваю?», «Чого мені бракує?», «Що б я порадила подрузі у подібній ситуації?».

III. Особливості розвитку дитини в перинатальному та постнатальному періодах

1) Перинатальний період, згідно з Інструкцією з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2006 р. № 179, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України від 12 квітня 2006 р. № 427/12301, це період, який починається з 22-го повного тижня вагітності (з 154-ї доби від першого дня останнього нормального менструального циклу – термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г) і закінчується після 7 повних днів життя новонародженої дитини (168 годин після народження).

2) У період із 24-26-го тижня внутрішньоутробного розвитку спостерігається активний розвиток центральної нервової системи: формуються нейронні зв'язки, розвиваються сенсорні зони кори головного мозку. Плід починає реагувати на зовнішні подразники – світло, звуки, зокрема на голос матері.

3) Починаючи з 28-го тижня гестації плід здатний розрізняти знайомі звуки, зокрема голос матері, та демонструвати елементи пренатального навчання. Передача гормональних сигналів (таких як кортизол і окситоцин) через плаценту сприяє розвитку механізмів адаптації до стресу, що має значення для психоемоційного стану дитини після народження.

4) У процесі пологів та в перші дні після народження відбувається суттєва зміна середовища. Для новонародженої дитини критично важливими є контакт шкіри до шкіри з матір'ю, грудне вигодовування, зоровий і емоційний контакт. Ці фактори сприяють регуляції фізіологічних функцій, зниженню стресу та формуванню первинної прив'язаності.

5) У перинатальний період спостерігаються такі ключові процеси:

- формування сенсомоторної активності – із 5-го місяця внутрішньоутробного розвитку;
- реакції, що свідчать про емоційне реагування – приблизно із 6-го місяця;
- початкові ознаки пренатальної пам'яті та впізнання – із 28-30-го тижня;
- здатність адаптуватися до стресу після народження значною мірою залежить від якості догляду та емоційного контакту з батьками.

Рекомендації щодо збереження психологічного здоров'я жінки після народження, що впливають на психоемоційний розвиток дитини

Визначення періоду після пологів. Згідно з визначенням ВООЗ, постнатальний (післяпологовий) період триває від моменту народження дитини до 42-го дня життя (6 тижнів). У клінічній практиці він також поділяється на декілька періодів:

- ранній неонатальний – від народження до 7 повних днів (до 168-ї години життя);
- пізній неонатальний – з 8-ї до 28-ї доби життя (з 169-ї до 672-ї години);
- післянеонатальний – з 29-ї доби до 42-го дня життя.

У зазначений період емоційний стан матері суттєво впливає на формування прив'язаності, регуляцію поведінки та психоемоційний розвиток новонародженої дитини. Підтримка психічного здоров'я жінки є ключовим компонентом профілактики емоційних та пов'язаних із розвитком порушень у дитини.

Рекомендації жінці після пологів (інформування з боку медичних працівників):

- відмова від алкоголю, тютюну і психоактивних речовин. Необхідно інформувати жінку, що вживання таких речовин у післяпологовий період, особливо в період грудного вигодовування, може негативно впливати на стан дитини. У разі труднощів із відмовою потрібно рекомендувати звернення до спеціалістів (лікар-нарколог, лікар-психотерапевт);
- підтримка партнерських стосунків. Сприяти формуванню широкій та довірливої комунікації між жінкою та партнером. Обговорення ролей, очікувань, емоцій й обов'язків знижує рівень тривожності та зменшує ризик післяпологових афективних розладів;
- рекомендації щодо саморегуляції та відпочинку. Звернути увагу жінки на важливість включення до щоденного графіку практик для зниження емоційного напруження – короткі паузи на відпочинок, медитація, дихальні вправи, прослуховування улюбленої музики, улюблені заняття;
- обмеження впливу негативної інформації. Особливо в умовах війни рекомендовано зменшити обсяг перегляду новин, уникати тривожного контенту, натомість зосередитися на джерелах підтримки, ресурсних заняттях і спілкуванні;
- інформування про доступну психологічну допомогу.

Розвиток дітей у постнатальному періоді. Розвиток дитини відбувається цілісно й охоплює кілька взаємопов'язаних сфер. Виділяють основні напрями: фізичний і психоемоційний розвиток. Жодна зі сфер не існує ізольовано – кожна доповнює іншу. Для забезпечення гармонійного розвитку необхідно створити умови, які дають змогу дитині розвивати свій потенціал.

У ранньому неонатальному періоді (до 6 тижнів) очікується формування таких навичок:

- 1) Психоемоційний розвиток:
 - спостерігається активна рухова реакція (одночасні рухи ручками й ніжками);
 - дитина заспокоюється під час контакту з матір'ю (наприклад, за її появи або коли чує її голос);
 - утримує погляд на предметах, розташованих на відстані 20-30 см, особливо концентрується на обличчі матері;
 - реагує на звуки, зокрема прислухається до звуку брязкальця чи голосу.
- 2) Фізичний розвиток:
 - у перші дні життя спостерігається фізіологічне зниження маси тіла (до 10% від маси при народженні), після чого відбувається поступове відновлення та збільшення маси;
 - до кінця першого місяця життя:
 - збільшення маси тіла не менше ніж на 600 г;
 - приріст зросту не менше ніж на 3 см;
 - збільшення окружності голови приблизно на 1,5-2 см;
 - під час викладання на живіт дитина намагається підняти голову на кілька секунд;
 - присутні основні вроджені рефлексі новонародженого: сальний, пошуковий, хапальний, рефлекс Моро, рефлекс повзання (Бауера), автоматичної ходьби, автоматичної опори.

Рекомендації щодо збереження психічного здоров'я у дитини на різних етапах розвитку

Рекомендації з боку лікаря акушера-гінеколога та лікаря-педіатра. У перинатальному періоді стан матері безпосередньо впливає на формування та функціонування нервової системи плода. Для зниження ризиків порушень психічного розвитку дитини рекомендовано:

- 1) Психоемоційна підготовка до вагітності та народження:
 - формування психологічної готовності до батьківства (усвідомлене материнство, підтримка партнера, стабільне емоційне оточення);
 - за наявності психоемоційних труднощів або психічних розладів – залучення лікаря-психолога або лікаря-психіатра до планування вагітності.
- 2) Контроль за факторами, що можуть впливати на розвиток нервової системи плода:
 - повна відмова від вживання алкоголю, тютюну та наркотичних речовин;
 - уникнення призначення лікарських засобів із підтвердженою тератогенною дією.
- 3) Пренатальна діагностика та генетичне консультування:
 - проведення скринінгу TORCH-інфекцій – за медичними показаннями;
 - проведення неінвазивного пренатального тестування (NIPT) та/або ультразвукового скринінгу з оцінюванням ризиків генетичних аномалій розвитку (наприклад, трисомії 21-ї хромосоми) – за медичними показаннями.
- 4) Харчування і мікронутрієнти:
 - достатнє надходження фолієвої кислоти для профілактики дефектів нервової трубки;
 - йодопротекція, за потреби, призначається з урахуванням регіональних особливостей йодного дефіциту;
 - повноцінне харчування з достатньою кількістю інших поживних речовин, наприклад, вітаміну D, заліза, як частина профілактики затримки внутрішньоутробного розвитку.
- 5) Медико-генетичне консультування:
 - для пар із сімейним анамнезом психічних або неврологічних розладів, якщо вік матері – понад 35 років, а також за результатами пренатального скринінгу – обов'язкове направлення до медико-генетичного центру.
- 6) Протидія перинатальним ускладненням:
 - профілактика передчасних пологів, інфекцій та асфіксії плода – завдяки регулярному спостереженню, доплерографії, кардіотокографії;
 - дотримання протоколів ведення пологів, щоб знизити ризик гіпоксії, пологових травм, резус-конфлікту.

Продовження на стор. 22 .

Методичні рекомендації щодо заходів охорони психічного здоров'я матері та дитини у перинатальному і постнатальному періодах

Продовження. Початок на стор. 20.

7) Профілактика олігофренії залежить від своєчасного обстеження вагітної жінки на сифіліс, а обстеження на токсоплазмоз, цитомегаловірусну інфекцію, краснуху – саме на етапах планування вагітності.

8) Скринінг новонароджених дітей:

- обов'язкове проведення неонатального скринінгу;
- у разі виявлення патології призначення терапії, наприклад, дієта при фенілкетонурії, L-тироксин при гіпотиреозі тощо.

Рекомендації лікаря-невролога у постнатальному періоді. Для матері новонародженої дитини:

- Перші місяці адаптується не лише дитина до нового середовища, а й мати. Сон із дитиною, прогулянки на свіжому повітрі, 30-60 хвилин для себе кожного дня для відновлення емоційного стану.
- На першому місці – потреби матері (без шкоди для дитини), потім потреби дитини, а на останньому місці побутові справи.
- Спілкування з матерями новонароджених дітей у спільнотах чатів, на прогулянці, збалансоване харчування, враховуючи реакцію організму дитини на різні продукти (при грудному вигодовуванні).
- Відвідування лікаря акушера-гінеколога за показаннями.

Щодо неврологічного розвитку дитини:

- Наявність рефлексів у новонародженої дитини, а саме пошукового (рефлекс Куссмауля), хоботкового, ссального, долонно-ротового (рефлекс Бабкіна), хапального (долонного і підшовного), рефлексу Моро, опорного, рефлексу автоматичної ходьби, асиметричного шийно-тонічного (рефлекс фехтувальника).
- Набір ваги згідно з центильними таблицями.
- Сон триває 15-17 годин на добу.
- Однакова рухова активність кінцівками.
- Зміна м'язового тону з гіпертону до нормотону в перші 1,5 місяці.
- У більшості дітей формується навичка утримання голови у вертикальному положенні у віці 6-8 тижнів.

Рекомендації терапевта мови та мовлення (логопеда) у постнатальному періоді

1) Мовленнєвий розвиток у перший рік життя є надзвичайно динамічним і тісно пов'язаний із дозріванням центральної нервової системи, становленням слухового і зорового аналізаторів, емоційної сфери, а також розвитком моторики. Важливо розуміти, що мовлення формується на базі загального психомоторного розвитку, тому його стимуляція має бути комплексною, враховуючи сенсорний, когнітивний та емоційно-соціальний розвиток дитини.

2) У постнатальному періоді спостерігається розвиток довільної слухової уваги та первинної локалізації. Домінує рефлексорна реакція на зовнішні подразники. Розвиток мовлення перебуває на передмовленнєвому етапі, що передбачає формування довільної слухової уваги, розпізнавання голосу матері, реакції на інтонацію, гучність і тембр мови. Дитина фіксує погляд на обличчі дорослого, намагається імітувати артикуляційні рухи, поступово розпочинається гуління як відповідь на емоційно забарвлене звертання.

Рекомендації:

- створення акустично безпечного середовища з наявністю живої мовленнєвої стимуляції;
- використання інтонаційно виразної мови (так званої материнської мови), яка активізує слухову кору;
- забезпечення емоційно-особистісної взаємодії з дитиною, що сприяє формуванню первинних комунікативних зв'язків;

- застосування сенсорної стимуляції через дотик, зоровий контакт, міміку та голос.

IV. Мати та дитина після пологів

Підтримка матері та дитини в перинатальному центрі

Медична підтримка:

- Безперервний моніторинг здоров'я матері та новонародженої дитини (фізичний стан, показники, грудне вигодовування).
- Професійне ведення пологів з урахуванням індивідуальних особливостей жінки; наявність лікаря-неонатолога та лікаря акушера-гінеколога у цілодобовому режимі.
- Підтримка грудного вигодовування: консультації із лактації, навчання правильному прикладанню до грудей; ранній контакт шкіра до шкіри – одразу після народження.
- Доступ до сучасних засобів реанімації новонароджених дітей, особливо для передчасно народжених.

Психоемоційна підтримка:

- Присутність партнера або супроводжувальної особи під час пологів (якщо є відповідні умови).
- Психологічна допомога для матерів у післяпологовому періоді включно з профілактикою післяпологової депресії.
- Тренінги і заняття вагітних для підготовки до пологів і материнства.
- Доброзичливе та партнерське ставлення персоналу.

Соціальна підтримка:

- Індивідуальний підхід до матерів уразливих груп: підлітки, внутрішньо переміщені особи, жінки з інвалідністю тощо.
- Юридична і соціальна консультація за потреби.
- Післяпологова підтримка вдома.
- Забезпечення комфортних умов перебування для матері з дитиною: кімнати спільного перебування, харчування, душ, зручні умови для новонароджених дітей.

Освітні та інформаційні заходи:

- Інформаційні буклети про догляд за новонародженою дитиною, грудне вигодовування, вакцинацію.
- Майстеркласи зі сповивання, догляду за шкірою, безпечного сну.
- Доступ до фахових рекомендацій через мобільні застосунки, гарячі лінії або засоби телемедицини.

Профілактика перинатальних факторів ризику, що можуть впливати на психічне здоров'я дитини

До вагітності:

1) Генетичне консультування – рекомендовано для пар із сімейним анамнезом психічних або неврологічних розладів. Консультування проводить лікар-генетик для оцінювання ризиків і планування вагітності на основі клінічного та молекулярного аналізу.

2) Психологічна оцінка та підтримка – жінки з історією психічних розладів або емоційною вразливістю потребують консультації лікаря-психолога або лікаря-психіатра для розроблення індивідуального плану супроводу вагітності.

3) Відмова від психоактивних речовин – рекомендовано повне припинення вживання алкоголю, тютюну, наркотичних речовин. Вони чинять тератогенну дію, особливо під час формування нервової трубки (1-8 тижнів вагітності), і підвищують ризик FASD (спектр фетальних алкогольних розладів), гіпоксії плода, затримки психічного розвитку.

4) Рациональне харчування та мікронутрієнти: фолієва кислота, йод.

5) Контроль інфекцій щодо ВІЛ, вірусного гепатиту В і С, сифілісу та безсимптомної бактеріурії, встановити імунний статус щодо краснухи.

Під час вагітності:

1) Регулярне пренатальне спостереження з оцінюванням психоемоційного стану проводить лікар акушер-гінеколог або інший лікар, використовуючи опитувальники для виявлення депресії та тривожності (наприклад, шкала EPDS, GAD-7).

2) Контроль ускладнень вагітності – гіпоксія плода, гестаційний діабет, преєклампсія та інші стани можуть негативно впливати на розвиток центральної нервової системи дитини.

3) Психоемоційна підтримка жінки – рекомендоване залучення сімейного оточення, груп підтримки, індивідуальних консультацій із лікарем-психологом або лікарем-психотерапевтом, застосування технік саморегуляції (дихальні практики, релаксація, усвідомленість).

4) Профілактика передчасних пологів включає контроль інфекцій, зниження стресу, модифікацію навантажень і своєчасну медичну допомогу.

5) Психіатричний супровід – за наявності психічних розладів вагітну жінку супроводжує лікар-психіатр, фахівець у сфері психічного здоров'я в координації з лікарем акушером-гінекологом, із корекцією медикаментозної терапії з урахуванням безпеки для плода.

У пологах та після народження дитини:

1) Дотримання стандартів ведення пологів – для запобігання перинатальній травмі, асфіксії, гіпоксії, які є чинниками ризику порушень нейропсихічного розвитку дитини.

2) Ранній тілесний контакт шкіра до шкіри, грудне вигодовування, спільне перебування з матір'ю сприяють активації парасимпатичної нервової системи, нормалізації ритмів дитини, формуванню емоційної прив'язаності та базового відчуття безпеки.

3) Лікар-неонатолог і, за потреби, лікар – невролог дитячий спостерігають за новонародженою дитиною, особливо у разі передчасних пологів, наявності синдрому затримки розвитку плода, асфіксії новонародженого, гіпоглікемії.

Оцінювання емоційного розвитку дитини у перший рік – з урахуванням соціальних реакцій (усмішка, погляд, звуки), формування комунікації та поведінкових навичок.

4) Раннє втручання у разі виявлення порушень розвитку – із залученням фахівців: лікар – психіатр дитячий, терапевт мови та мовлення, ерготерапевт, дефектолог, лікар-психотерапевт.

Сімейна підтримка:

1) Просвітницька робота з батьками – надання інформації про «червоні прапорці» раннього розвитку (відсутність реакції на власне ім'я, мовна затримка, порушення контакту очима, моторні стереотипії).

2) Психологічна підтримка сім'ї – особливо у разі післяпологової депресії у матері. Рекомендовано залучати партнера до активної участі в догляді за дитиною, надавати сімейне консультування.

3) Формування стабільного емоційного середовища вдома, що включає надання дитині тепла, уваги, відчуття передбачуваності та захищеності. Це є критичним чинником формування прив'язаності та психічного здоров'я.

Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1235 від 6 серпня 2025 року

https://moz.gov.ua/storage/uploads/b0c6c013-0f61-4917-a62b-40ea333fee16/dn_1234_06082025_dod.pdf

ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів

Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



Оновлення GINA-2025. Нові стандарти лікування бронхіальної астми в дітей

Бронхіальна астма залишається найпоширенішим хронічним респіраторним захворюванням дитячого віку, вражаючи від 1 до 29% дитячого населення у різних країнах світу. Ця гетерогенна патологія характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів і визначається наявністю в анамнезі респіраторних симптомів – свистячого дихання, задишки, відчуття стиснення в грудях та кашлю, які варіюють у часі та за інтенсивністю, поєднуючись із варіабельною експіраторною обструкцією.



після початку лікування для визначення індивідуального найкращого показника, а потім періодично для моніторингу.

Оцінюючи контроль астми в дітей, необхідно ретельно аналізувати вплив захворювання на щоденну активність, зокрема спорт, ігри, соціальне життя та відвідування школи. Критично важливо розуміти, що багато дітей з погано контрольованою астмою підсвідомо уникають інтенсивних фізичних навантажень, через що їхня астма може помилково здаватися добре контрольованою. Це може призводити до детренованості та підвищеного ризику ожиріння.

Ступінчаста терапія для дітей віком 6-11 років

Алгоритм вибору початкового лікування для дітей з астмою подано у вигляді стандартизованих схем GINA (табл., рис. 1). Крок 1 показаний дітям з нечастими симптомами астми (1-2 дні на тиждень або менше). Рекомендованим лікуванням є прийом низьких доз ІКС щоразу при використанні БАКД – у комбінованому інгаляторі, якщо доступний, або в окремих інгаляторах, при цьому ІКС застосовують одразу після БАКД. Ця стратегія особливо важлива, оскільки такі пацієнти навряд чи будуть прихильними до щоденного прийому ІКС.

Крок 2 показаний дітям із наявністю симптомів 2-5 днів на тиждень. Рекомендованою терапією є



Глобальна ініціатива з астми (GINA) у 2025 р. представила кардинально оновлені рекомендації, які базуються на ретельному аналізі найновішої наукової літератури Міжнародним науковим комітетом GINA. Ці оновлення мають фундаментальне значення для щоденної клінічної практики, оскільки революційно змінюють підходи до ведення дітей з астмою.

Найпринциповішою зміною GINA-2025 є категорична відмова від лікування астми в дітей віком 6-11 років виключно β2-агоністами короткої дії (БАКД). Це рішення ґрунтується на переконливих доказах, що монотерапія БАКД підвищує ризик астма-асоційованої смертності порівняно з будь-яким лікуванням, що містить інгаляційні кортикостероїди (ІКС).

Натомість усі діти з астмою повинні отримувати ІКС-умісну терапію для зменшення ризику тяжких загострень та досягнення контролю симптомів. Така терапія може застосовуватися у вигляді регулярного щоденного лікування або, для пацієнтів із нещоденними симптомами та нормальною чи помірно зниженою функцією легень, у вигляді комбінації низьких доз ІКС-формотерол за потреби.

Діагностичні принципи

Діагностика астми в дітей базується на виявленні характерного патерну респіраторних симптомів та об'єктивному підтвердженні варіабельної експіраторної обструкції. Вона має бути підтверджена за допомогою тесту бронходилатаційної відповіді або інших методів оцінки функції легень. У разі коли спірометрія недоступна, слід використовувати пікфлоуметрію замість покладання виключно на клінічні симптоми.

Важливо пам'ятати, що може знадобитися більш ніж один тест для підтвердження діагнозу астми або виключення альтернативних причин респіраторних симптомів. Тестування бажано проводити до початку лікування ІКС-умісними препаратами, оскільки після початку терапії діагностика може ускладнитися через зменшення варіабельності симптомів та функції легень.

Оцінка контролю астми

Контроль астми оцінюють у двох доменах: контроль симптомів і мінімізація майбутніх ризиків несприятливих наслідків. Обидва домени завжди слід оцінювати одночасно. Функція легень, особливо

об'єм форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁) як відсоток від належного, є критично важливою частиною оцінки майбутнього ризику та має вимірюватися при встановленні діагнозу, через 3-6 місяців

Таблиця. Початкове лікування астми в дітей віком 6-11 років

Симптоми	Рекомендоване початкове лікування
Нечасті симптоми астми, наприклад, 1-2 дні/тиждень або менше	Низькі дози ІКС, що приймаються щоразу при використанні БАКД (рівень доказів В), в окремих інгаляторах або в комбінації (якщо доступна)
Симптоми астми 2-5 днів на тиждень	Низькі дози ІКС плюс БАКД за потреби (рівень доказів А). Іншими, не переважними варіантами є прийом ІКС щоразу при використанні БАКД в комбінації або в окремих інгаляторах (рівень доказів В) або щоденний прийом АЛР* (рівень доказів А; ІКС ефективніші щодо загострень, ніж АЛР). Розглянути ймовірність прихильності до підтримувального лікування, якщо полегшувальний засіб – БАКД
Симптоми астми більшість днів (наприклад, 4-5 днів/тиждень) або пробудження через астму раз на тиждень чи частіше	Низькі дози ІКС-БАТД плюс БАКД за потреби (рівень доказів А), АБО Середні дози ІКС плюс БАКД за потреби (рівень доказів А), АБО Дуже низькі дози ІКС-формотерол як підтримувальна та рятувальна терапія (maintenance and reliever therapy, MART; рівень доказів В). Іншими, не переважними варіантами є щоденні низькі дози ІКС та АЛР,* плюс БАКД за потреби
Щоденні симптоми астми, пробудження вночі раз на тиждень або частіше та низька функція легень	Середні дози ІКС-БАТД плюс БАКД за потреби, АБО Низькі дози ІКС-формотерол (MART)
Початкове звернення з астмою під час загострення	Лікувати як загострення, зокрема призначити короткий курс ПКС при тяжкому загостренні; розпочати лікування з Кроку 3 або 4 та призначити контрольний візит
Перед початком лікування:	
<ul style="list-style-type: none"> Зафіксувати докази діагнозу астми, якщо можливо Зафіксувати рівень контролю симптомів дитини та фактори ризику, зокрема функцію легень Розглянути фактори, що впливають на вибір між доступними варіантами лікування Вибрати відповідний інгалятор та переконатися, що дитина може правильно його використовувати після відповідного навчання Призначити контрольний візит 	
Після початку лікування:	
<ul style="list-style-type: none"> Оцінити відповідь дитини через 2-3 місяці або раніше залежно від клінічної необхідності Ключові питання ведення та рекомендації щодо подальшого лікування Зменшити обсяг лікування після досягнення хорошого контролю протягом 3 місяців 	

* Ці поради базуються на доказах із доступних досліджень та на консенсусі, зокрема з урахуванням вартості. Призначаючи АЛР, попередити про ризик нейропсихічних побічних ефектів. Див. рекомендації для низьких, середніх та високих доз ІКС та доз MART у дітей. АЛР – антагоністи лейкотрієнових рецепторів. БАТД – β2-агоністи тривалої дії. ПКС – пероральні кортикостероїди.

щоденні низькі дози ІКС плюс БАКД за потреби. Такий підхід значно зменшує ризик серйозних загострень порівняно з монотерапією БАКД. Альтернативними варіантами є прийом ІКС щоразу при використанні БАКД або щоденне застосування АЛР, хоча останні загалом менш ефективні.

Крок 3 рекомендовано дітям із наявністю симптомів більшість днів або нічними пробудженнями через астму щонайменше раз на тиждень. Існують три рівноцінні переважні варіанти: збільшення дози ІКС

до середньої плюс БАКД за потреби; комбінація низьких доз ІКС–БАТД плюс БАКД за потреби; або MART дуже низькими дозами будесоніду-формотеролу.

При MART у дітей доза будесоніду-формотеролу становить 100/6 мкг (80/4,5 мкг доставлена доза) – 1 інгаляція щоденно + 1 інгаляція за потреби, максимум 8 інгаляцій на добу. Такий режим показав значне зменшення кількості загострень порівняно з такою самою дозою будесоніду-формотеролу + БАКД або вищими дозами ІКС.

Кроки 4-5 призначені для дітей з важко контролюваною астмою. У разі неадекватного контролю на низьких дозах ІКС–БАТД необхідне направлення до спеціаліста або збільшення до середніх доз ІКС–БАТД. Якщо астма залишається неконтрольованою на середніх дозах ІКС, обов'язково направити дитину для експертної оцінки та розгляду біологічної терапії.

Повна схема персоналізованого ведення дітей віком 6-11 років для контролю симптомів та мінімізації майбутніх ризиків детально представлена в рекомендаціях GINA (рис. 2).

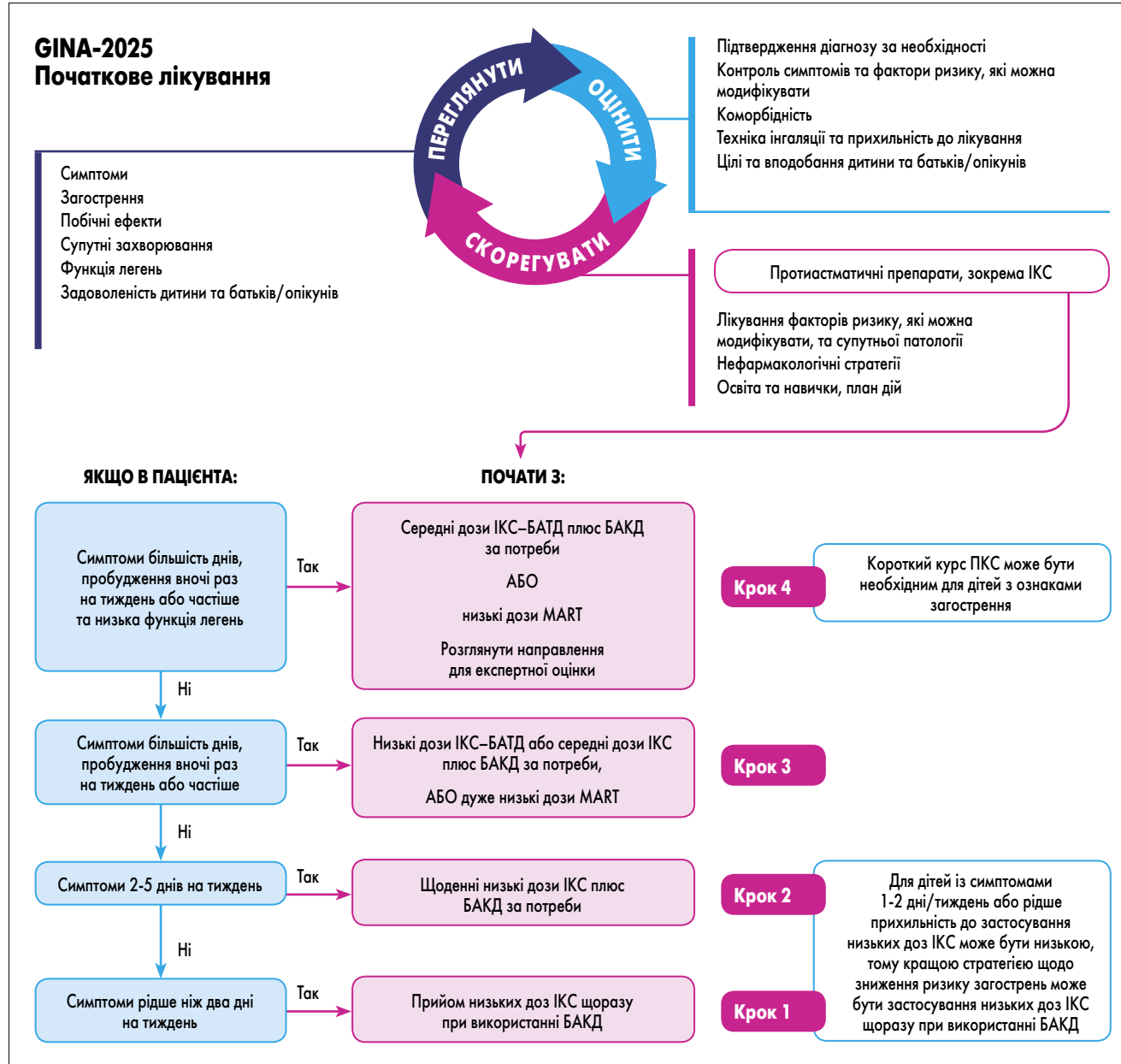


Рис. 1. Блок-схема вибору початкового лікування у дітей віком 6-11 років з астмою

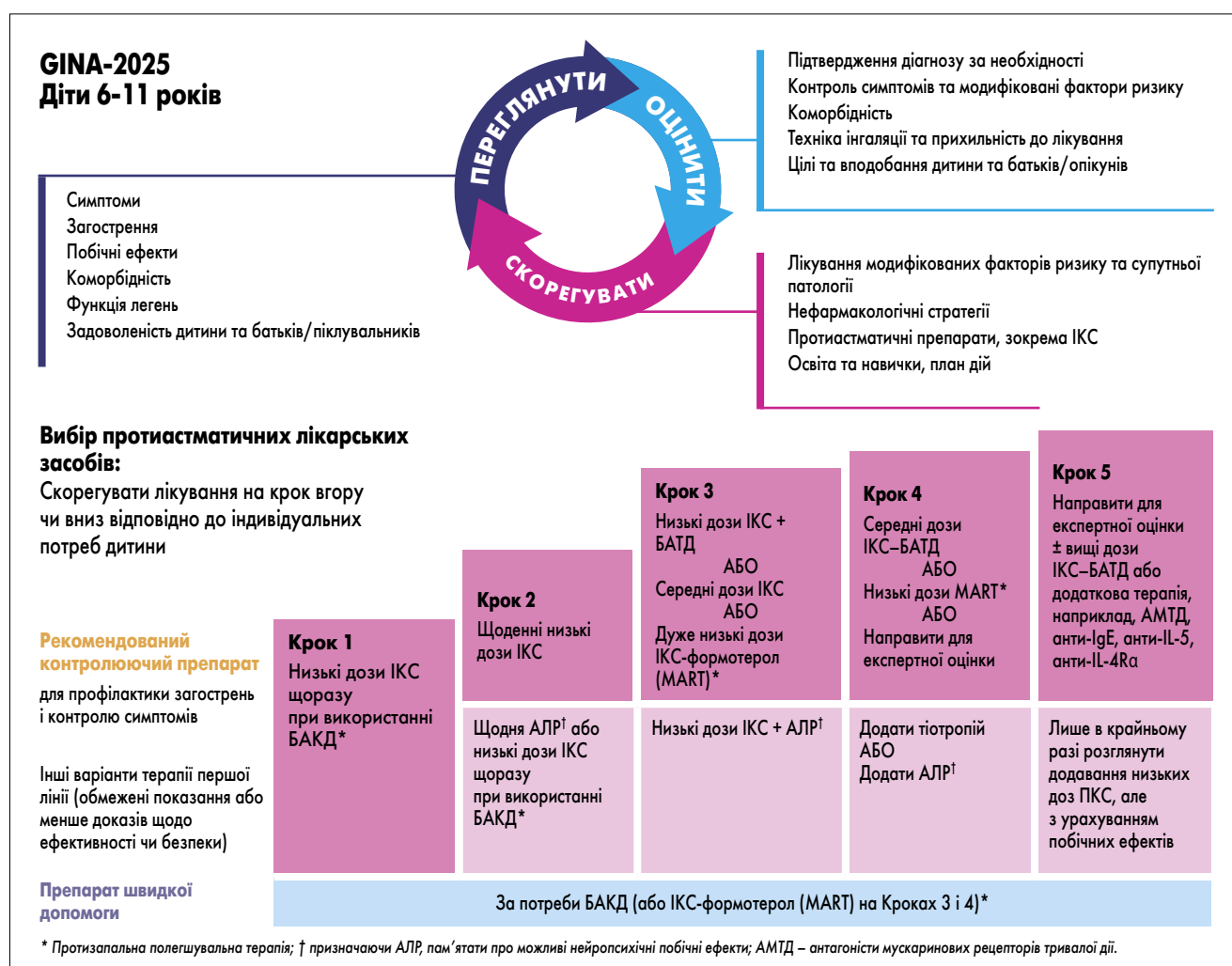


Рис. 2. Персоналізоване ведення дітей віком 6-11 років для контролю симптомів та мінімізації майбутніх ризиків

Біологічна терапія у педіатрії

GINA-2025 розширює можливості біологічної терапії для дітей віком від 6 років з тяжкою неконтрольованою астмою. Можливими варіантами є омалізумаб (анти-IgE) у разі тяжкої алергічної астми, меполізумаб (анти-IL5) за тяжкої еозинофільної астми з рівнем еозинофілів ≥ 150 кл./мкл та ≥ 2 загострення на рік і дупілумаб (анти-IL4Rα) у разі тяжкої еозинофільної астми 2-го типу.

Практичні аспекти ведення

Вибір інгаляційного пристрою є критично важливим для ефективності лікування. Необхідно враховувати здатність дитини правильно використовувати пристрій після відповідного навчання, доступність препарату в потрібному дозуванні, можливість використання спейсера для рMDI та уникати призначення різних типів інгаляторів одній дитині.

Техніку інгаляції потрібно перевіряти під час кожного візиту, оскільки до 70-80% пацієнтів використовують інгалятори неправильно. Фізична демонстрація з використанням плацебо-інгаляторів є обов'язковою, навчання може потребувати 2-3 повторень за один візит. Оснащення інгаляторів схемами його використання значно покращує запам'ятовування правильної техніки.

Прихильність до лікування залишається критичною проблемою: приблизно 50% дітей на довгостроковій терапії астми не приймають препарати згідно з призначенням, принаймні частину часу. Важливо з'ясувати переконання та занепокоєння пацієнтів та батьків щодо астми та її лікування для розуміння причин низької прихильності.

Самоведення та освіта

Ефективне самоведення охоплює три основні компоненти: самомоніторинг симптомів та/або пікової швидкості видиху, письмовий план дій при астмі та регулярний нагляд медичного персоналу. Освіта із самоведення значуще зменшує захворюваність на астму, зокрема кількість госпіталізацій, звернень по невідкладну допомогу та пропусків школи на одну-дві третини.

Моніторинг безпеки

Ріст дитини слід перевіряти щонайменше раз на рік, оскільки погано контрольована астма може впливати на ріст, а початкове лікування ІКС може призводити до помірного сповільнення швидкості росту в перші 1-2 роки. Важливо зрозуміти, що переваги ІКС-терапії значно переважають потенційні ризики.

Показання до направлення

Обов'язкового направлення до спеціаліста потребують діти із сумнівним діагнозом астми, неконтрольованими симптомами на середніх дозах ІКС, підозрою на побічні ефекти лікування, анамнезом загрозливих для життя загострень або занепокоєнням щодо загального благополуччя дитини.

Висновки

Оновлення GINA-2025 відзеркалює зміни терапевтичної парадигми у веденні дітей з бронхіальною астмою з акцентом на ранню протизапальну терапію, відмову від монотерапії БАКД та персоналізований підхід. Ці зміни потребують активного впровадження в клінічну практику та можуть суттєво покращити прогноз і якість життя дітей з астмою при правильній імплементації.

Реферативний огляд Global Initiative for Asthma (2025) Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available from: www.ginasthma.org

Підготував Максим Голуб

Енергетичні напої і неповнолітні: чи настав час єдиних правил у ЄС?

У Європарламенті дедалі частіше порушується питання потенційної шкоди енергетичних напоїв для дітей і підлітків, через що чимраз активніше обговорюється можливість регулювання продажу таких напоїв на рівні всього Європейського Союзу. Представники комітету з питань довкілля, клімату та продовольчої безпеки наголошують: відсутність єдиних вимог сприяє необмеженому доступу неповнолітніх до продуктів, що містять високі дози кофеїну і цукру. Водночас агресивний маркетинг через інфлюенсерів та під час спортивних подій лише підсилює привабливість енергетиків для молоді.

Стан регулювання у країнах Європи різниться: деякі держави, зокрема Франція, Данія, Німеччина, Литва, Латвія, Польща, Угорщина, уже запровадили вікові обмеження, тоді як інші лише розглядають такі ініціативи. Медична спільнота наполягає, що такі заходи вкрай необхідні. За даними організації Foodwatch, рекомендована добова межа споживання кофеїну для 13-річної дитини становить 150 мг – еквівалент подвійного еспресо. Насправді ж підлітки часто перевищують ці дози в кілька разів. Серед постійних споживачів відзначають вживання понад семи літрів енергетичних напоїв на місяць, що рівнозначно близько 35 еспресо разом із кілограмом чистого цукру.

Для клініцистів така статистика має безпосереднє значення. Надмірне споживання кофеїну в дітей пов'язують із підвищеним ризиком серцево-судинних порушень, тривожних розладів, порушень сну і загострень симптомів розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Висока концентрація цукру сприяє метаболічним розладам і зростанню частоти предіабету серед підлітків. Лікарі наголошують, що організм дитини чутливіший до стимуляторів, а клінічні прояви можуть бути гострими – від тахікардії до порушень поведінки.

Водночас представники харчової індустрії наполягають на ефективності саморегулювання. Асоціація виробників безалкогольних напоїв UNESDA заявляє, що не рекламує енергетики дітям до 13 років і не продає їх у школах. Проте експерти Європарламенту вважають, що навіть найсуворіші добровільні зобов'язання не здатні компенсувати вплив соціальних мереж і відеоконтенту, де енергетики позиціонуються як «атрибут активного життя».

Позиція Європейської комісії залишається нейтральною, хоча регулятори визнають брак даних щодо безпечних добових доз кофеїну для дітей. Європейське агентство з безпеки харчових продуктів (EFSA) ще у 2015 р. визначило 200 мг як безпечну разову дозу для дорослих, але наголосило, що дія такої кількості кофеїну для підлітків досі невідома. Попри це законодавство ЄС уже дозволяє державам-членам вводити обмеження щодо продажу і реклами енергетичних напоїв.

Нині Європарламент схиляється до багаторівневого підходу: поєднання освітніх програм, маркетингових обмежень, податкових інструментів і вікових заборон. Медична спільнота схвально ставиться до цих дискусій, адже саме лікарі стикаються з наслідками надмірного споживання стимуляторів серед дітей. Уніфікована система регулювання може стати ефективним інструментом профілактики, тоді як рання діагностика та індивідуальна корекція поведінкових звичок мають залишатися ключовими завданнями на державному рівні.

Джерело: <https://www.euractiv.com/news/like-35-espressos-meets-weight-regulating-energy-drinks-for-minors/>

FDA обмежує використання добавок фтору в дітей: останні докази та клінічні наслідки

У жовтні 2025 р. Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) оголосило про суттєві зміни в підходах до застосування пероральних препаратів фтору в дітей. Регуляторний орган направив попередження чотирьом виробникам щодо маркетингу незатверджених засобів, що містять фтор, для дітей віком до трьох років і тих, хто не має високого ризику карієсу, а також рекомендував медичним працівникам утриматися від призначення таких препаратів цим групам.

Таке рішення базується на нових даних про можливі ризики фтору для мікробіому кишечника й когнітивного розвитку дітей. Водночас FDA наголошує, що фтор залишається ключовим елементом профілактики карієсу, проте його застосування має бути обґрунтованим і безпечним.

Фтор – природний мікроелемент, який зміцнює емаль і знижує ризик розвитку карієсу, перешкоджаючи демінералізації зубів. Саме тому із 1945 р. у США практикують фторування питної води, яке центри з контролю та профілактики захворювань (CDC) назвали одним із десяти найвизначніших досягнень громадського здоров'я ХХ ст.

Однак останнім часом у США розгорнулася нова хвиля дискусій навколо безпеки фтору, особливо після того як кілька штатів ухвалили рішення про припинення його додавання до води. Це призвело до зростання кількості призначень фторидних препаратів для дітей, які мешкають у регіонах, де не відбувається фторування води.

Після серії публікацій, зокрема метааналізу, який продемонстрував зворотну кореляцію між рівнем фтору у воді та показниками IQ у дітей, FDA ініціювало повторний перегляд наукових даних. Хоча дослідження мало обмеження і залучало переважно регіони з високими концентраціями фтору, воно стало підґрунтям для подальшого державного оцінювання.

У підсумковому звіті FDA зазначено, що фторидні добавки не слід застосовувати в дітей до трьох років, а також у старших дітей із низьким або помірним ризиком карієсу. Окрім потенційного впливу на когнітивний розвиток, йдеться і про іншу небезпеку. «Оскільки фтор здатний пригнічувати бактеріальну активність у ротовій порожнині, він може також змінювати мікробіом кишечника, що

має ширші наслідки для дитячого здоров'я», – зазначив доктор медичних наук Марті Макарі, комісар FDA.

Попри острах щодо обмеження профілактики карієсу, рішення FDA не означає повної заборони фторидів. Навпаки, залишає можливість індивідуального призначення препаратів лікарями дітям, які проживають у нефторованих регіонах або мають підвищений ризик ураження зубів.

Всесвітня організація охорони здоров'я і Європейська федерація стоматологів підтримують фторування води і застосування фторидних препаратів як доказовий метод профілактики карієсу, наполягаючи на необхідності дотримання оптимальної концентрації – 0,7 мг/л для питної води. В Україні, де фторування води не є системним, профілактика базується на використанні зубних паст із фтором, а призначення системних добавок дозволене лише лікарем після оцінювання ризику карієсу та врахування рівня фтору у водопостачанні.

Як зазначено в міжнародних протоколах, зокрема Американської академії дитячої стоматології, системні фториди слід призначати індивідуально, із суворим контролем дозування і врахуванням добового надходження мінералу з усіх джерел. Макарі узагальнює: «Ми визнаємо користь фтору для зубів, але маємо також розуміти його системний вплив. Завдання медицини – знайти баланс між ефективністю та безпекою».

Джерело: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-acts-protect-children-unapproved-fluoride-drug-products>

Рух як ліки, або Останні рекомендації щодо фізичної активності для дітей із бронхіальною астмою

Астма залишається одним із найпоширеніших хронічних захворювань дитячого віку – на неї страждають близько 475 млн дітей у світі. Традиційно фізичні навантаження вважалися потенційно небезпечними, адже могли провокувати бронхоспазм, спричинений фізичним зусиллям. Унаслідок цього багато дітей із астмою уникали спорту, що призводило до гіподинамії, ожиріння та психологічних проблем. Проте сучасні дані переконливо свідчать: регулярні контрольовані вправи покращують функцію легень, зменшують запалення і підвищують якість життя, якщо захворювання перебуває під наглядом.

Аби подолати острах та вагання і серед батьків, і лікарів, група міжнародних експертів під керівництвом Національного клінічного дослідницького центру дитячого здоров'я та Дитячої лікарні медичної школи при Чжецзянському університеті (Китай) розробила нові рекомендації щодо безпечних і ефективних фізичних навантажень для дітей із астмою. Документ, опублікований у World Journal of Pediatrics, став першим системним посібником, де визначено оптимальні типи вправ, інтенсивність і моніторинг фізичної активності у цій групі пацієнтів.

Робоча група із 17 фахівців – пульмонологів, кардіологів, фізіотерапевтів і педіатрів, завдяки аналізу 64 наукових досліджень сформулировала рекомендації у дев'яти ключових напрямках, серед яких безпечність, підбір індивідуального навантаження, вплив довкілля та методи спостереження за пацієнтом.

На її переконання, помірне аеробне навантаження 3-5 разів на тиждень – наприклад, ходьба, плавання або їзда на велосипеді, – є не лише безпечним, а й корисним для дітей із контрольованою астмою. Такі вправи покращують кардіореспіраторну функцію, знижують частоту симптомів і підвищують толерантність до фізичних зусиль. Силові тренування двічі на тиждень допомагають запобігти втраті м'язової маси, що може бути побічним ефектом тривалої терапії кортикостероїдами, а вправи на гнучкість покращують еластичність дихальних м'язів і вентиляцію легень.

Згідно з рекомендаціями, план занять має бути індивідуалізованим і враховувати рівень контролю астми, загальний стан фізичної підготовки, умови довкілля (оптимальна температура – 20-24 °С, вологість – понад 40%) і можливість появи ймовірних алергенів. Для підвищення безпеки запропоновано використовувати спеціальні гаджети та домашні спірометри, щоб в режимі реального часу відстежувати частоту серцевих скорочень, насичення крові киснем і пікову швидкість видиху.

Професор Чжі-Мін Чень, один із провідних авторів рекомендацій, вважає: «Добре контрольована астма не повинна обмежувати дитину у фізичній активності. Навпаки, вправи – це терапевтичний інструмент, який допомагає не лише зміцнити легені, а й підвищити впевненість, соціальну активність і психологічну стійкість».

Нові рекомендації символізують зміну парадигми – від заборон і страху до активного залучення дитини до рухової діяльності. Настанови пропонують лікарям конкретні параметри для призначення дозованого навантаження як частини реабілітації, що може знизити потребу в медикаментах, запобігти ожирінню і покращити якість життя. Використання цифрових інструментів – від розумних годинників до мобільних застосунків для моніторингу симптомів – сприяє появі персоналізованих безпечних і науково обґрунтованих протоколів лікування астми.

Джерело: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-025-00976-6>

Ще більше новин на спеціалізованому медичному порталі



Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал



Щоб бути хорошим лікарем, треба передусім бути доброю людиною, мати серце, сповнене справжньої чуйності і душевної щирості. Тим більше, коли йдеться про дітей. Адже це – особливий об'єкт наших турбот.

В.М. Сідельников





Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал

