авторов (J.Y. Chung et al., 2007), чаще всего (в 61,5% случаев) причиной возникновения острого эпизода свистящего дыхания (визинга) у детей до 5 лет выступают именно респираторные вирусы: риновирус, респираторно-синцитиальный вирус, бокавирус, метапневмовирус, коронавирусы, а также вирусные ассоциации.

Необходимо помнить, что под маской БОС у 20-40% детей раннего возраста может скрываться БА. При этом ее диагностирование в данной возрастной группе сопряжено со значительными трудностями, поскольку у маленьких детей невозможно выполнить спирометрию и объективно оценить функцию внешнего дыхания. По сути, этот диагноз ставится исключительно клинически, что в реальной практике зачастую обусловливает задержку диагностики и, соответственно, начала адекватного лечения в среднем на 3-5 лет. Симптомы БА могут манифестировать в любом возрасте, а ее течение характеризуется рецидивирующей бронхообструкцией, которая может купироваться как на фоне медикаментозного лечения, так и самостоятельно, что порой вводит врачей в заблуждение. В свою очередь, кашель и свистящие хрипы широко распространены у детей и в отсутствие БА.

Если у ребенка с бронхообструкцией есть показания к терапии ИГКС, ее не следует откладывать, поскольку раннее начало применения этих препаратов эффективно восстанавливает функцию легких, о чем свидетельствует положительная динамика основных спирометрических показателей – объема форсированного выдоха за 1-ю секунду и пиковой скорости выдоха. Согласно Унифицированному клиническому протоколу первичной, вторичной (специализированной) медицинской помощи «Бронхиальная астма у детей», детям с рецидивирующей бронхообструкцией и высоким риском БА может быть назначена пробная терапия ИГКС.

В настоящее время для лечения БА в педиатрической практике и применения с 6 мес зарегистрирован только один ИГКС, ингаляции которого возможны через небулайзер, – будесонид (Пульмикорт суспензия). Это один из наиболее изученных ИГКС, применяемых при БА у детей. С 5 лет у детей также может применяться сухопорошковый ингалятор Пульмикорт Турбухалер.

Будесонид представляет собой ИГКС с быстрым и мощным топическим противовоспалительным действием. В отличие от других ИГКС, будесонид за счет механизма эстерификации обладает способностью обратимо связываться с внутриклеточными жирными кислотами и затем в течение длительного времени задерживаться в клетках слизистой оболочки бронхов. Это позволяет длительно поддерживать эффективную концентрацию будесонида в дыхательных путях и, соответственно, обеспечивает продолжительное действие препарата.

Будесонид демонстрирует высокий профиль безопасности. В настоящее время будесонид является единственным ИГКС категории В, разрешенным FDA для использования во время беременности. В клинических исследованиях было подтверждено, что ингаляционная терапия будесонидом не приводит к остеопорозу, не влияет на функцию надпочечников и на линейный рост у детей.

Таким образом, сегодня ИГКС – это базисная терапия первой линии у детей любого возраста с БА, а также в периоды обострений, которые развиваются на фоне ОРВИ. Раннее ингаляционное введение ИГКС обеспечивает быстрый терапевтический эффект, снижает частоту госпитализаций и препятствует ремоделированию бронхов. Комплексное лечение таких пациентов должно включать мероприятия, направленные на улучшение дренажной функции легких, и адекватную бронхолитическую и противовоспалительную терапию.

Подготовила ***Елена Терещенко***

Небулайзерна терапія в лікуванні бронхообструктивного синдрому у дітей

Тему лікування дітей з бронхообструктивним синдромом (БОС) під час XII Конгресу педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії» продовжила авторитетний вітчизняний вчений та досвідчений лікар-практик, головний спеціаліст з дитячої алергології Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, завідувач кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Леся Василівна Беш. У своїй доповіді вона докладно розглянула можливості застосування небулайзерної терапії в таких пацієнтів.

– Згідно з даними епідеміологічного дослідження ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), рецидивний синдром свистячого утрудненого дихання з подовженим видихом (так званий візинг – wheezing) зустрічається у 29,2% дитячого населення України. На жаль, зараз респіраторна патологія дедалі частіше дебютує вже з перших днів та місяців життя дитини. Зростання частоти патології органів дихання у дітей першого року життя значною мірою зумовлено успішним виходжуванням передчасно народжених дітей із вкрай низькою масою тіла при народженні, які тривалий час перебувають на штучній вентиляції легень (ШВЛ). Існують наукові дані про те, що в кожної 3-ї дитини, котра знаходилася на ШВЛ у неонатальному періоді, у ранньому дитячому віці спостерігаються повторні та хронічні бронхолегеневі захворювання, рецидивуючі епізоди недиференційованої тяжкої бронхообструкції тощо.

У сучасних стандартах терапії гострих обструктивних станів респіраторного тракту в дітей, зокрема загострень бронхіальної астми (БА), препаратами першого вибору є бронхолітики та інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС), а оптимальним способом введення ліків є небулайзер.

Сучасна бронхолітична терапія передбачає застосування β2-агоністів короткої дії, холінолітиків або їх комбінацій. Ефективне лікування БОС неможливо уявити без застосування кортикостероїдів, і сьогодні оптимальною альтернативою системним препаратам цієї групи є саме ІГКС. Вони забезпечують швидше настання клінічного ефекту за рахунок безпосереднього впливу на слизову оболонку бронхів, який реалізується через судинозвужувальний ефект та зниження бронхіального кровотоку, а також через зменшення ексудації плазми та продукції мокротиння в дихальних шляхах.

Незалежно від основного захворювання, на тлі якого розвивається гострий БОС, найкращим способом введення ліків, безумовно, є небулізація. Небулайзери можуть використовувати пацієнти різного віку, оскільки при цьому не потрібно координувати дихання чи затримувати видих. У разі введення через небулайзер кількість препарату, що надходить до легень, не залежить від швидкості вдиху.

Небулайзерна терапія має багато істотних переваг:

- **швидке і значне поліпшення стану пацієнта внаслідок ефективного надходження лікарської речовини до бронхів;**
- **легка техніка інгаляцій;**
- **можливість використання небулайзерів на всіх етапах надання медичної допомоги.**

При застосуванні небулайзерної терапії в реальній клінічній практиці слід враховувати деякі важливі практичні нюанси. У дітей раннього віку для досягнення очікуваного ефекту небулайзерної терапії надзвичайно важливе значення має те, як прилягає до обличчя маска.

Важливо, що через небулайзер можна одночасно вводити бронхолітики та ІГКС. Серед останніх препаратом вибору для застосування у педіатричній практиці під час загострень БА на сьогодні, безумовно, є будесонід (Пульмікорт суспензія), який чинить швидкий терапевтичний ефект та характеризується високим профілем безпеки. Швидке розчинення молекули будесоніду в дихальних шляхах (середній час розчинення в рідині, що вкриває дихальні шляхи, становить лише 6 хв) забезпечує швидкий початок дії суспензії Пульмікорт та робить її препаратом вибору для надання швидкої медичної допомоги пацієнтам під час загострень БА.

Пульмікорт суспензія дозволена до застосування у дітей вже з 6-місячного віку.

Слід також зазначити, що саме будесонід – єдиний ІГКС, віднесений до класу безпеки В за класифікацією Управління з контролю якості харчових продуктів та лікарських препаратів (FDA) США та дозволений до застосування навіть під час вагітності.

Кожна госпіталізація з приводу загострення БА – це поразка в лікуванні, адже загострення захворювання часто свідчить про помилки у веденні пацієнта. Тому лікувальна тактика після загострення БА передбачає збільшення обсягу базисної терапії у всіх пацієнтів для полегшення симптомів та нормалізації показників функції дихання.

Враховуючи складну економічну ситуацію в нашій країні, вкрай важливо, що в рамках реалізації програми «Доступні ліки» препарат Пульмікорт (суспензія для розпилення) внесений до Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню при БА (наказ МОЗ України від 26.07.2017 № 856 «Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 26 липня 2017 року»).

На жаль, у реальній клінічній практиці діти з діагностованою БА необґрунтовано отримують антибіотики, відхаркувальні засоби, спазмолітики, імуномодулятори, а інколи – всі ці препарати одночасно. Окрім цього, значну кількість дітей й досі лікують епізодично – від нападу до нападу – бронхолітичними засобами, і вони зовсім не отримують базисного лікування. Припускаються і таких помилок, як довготривала інфузійна терапія, застосування фізіотерапевтичного лікування та використання недозволених засобів для інгаляційного лікування. Кожен лікар повинен пам'ятати про те, що для небулайзерної терапії заборонено використовувати:

- масляні розчини – через ризик виникнення масляної пневмонії, яка не має зворотнього розвитку;
- відвари трав – оскільки частки суспензії є більшими, ніж розміри часток респірабельної фракції;
- розчини системних ГКС і теофілін – вони не чинять топічної дії.

На сьогодні немає доказової бази, яка обґрунтовувала б застосування для небулайзерної терапії астми мінеральних вод, антисептиків чи пролонгованих β2-агоністів, отже, така практика є недоцільною та офіційно не дозволеною.

У розпорядженні кожного лікаря є широкі можливості для вибору лікарського засобу та шляху його введення, і, звичайно, при цьому він повинен врахувати уподобання кожного конкретного пацієнта та навчити його правильній техніці інгаляції.

Усе це в підсумку визначається вмінням лікаря працювати з пацієнтом.

Підготувала ***Олена Терещенко***