

Вільне дихання як запорука якісного життя дитини

Дихання – це складний процес, завдяки якому в організм потрапляє кисень, відбуваються всі необхідні окислювальні процеси та виводяться деякі продукти обміну. Зовнішнє дихання є локомотивом цілого механізму, тому забезпечення нормальної функції респіраторного тракту – необхідна умова збереження здоров'я дитини. Сьогодні патологія органів дихання домінує у структурі дитячої захворюваності, тому педіатру вкрай важливо правильно розпізнати хворобу та призначити адекватне лікування, щоб не допустити прогресування захворювання та розвитку ускладнень.

У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Четверта академічна школа з педіатрії», яка відбулася 14-16 березня 2019 р. у м. Трускавці, ураженням органів дихання свої доповіді присвятили провідні вітчизняні фахівці.



Доповідь «Хронічний кашель у дітей: лікувати хворобу або симптом?» представила завідувач кафедри педіатрії №1 Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Олена Миколаївна Охотнікова.

— Кашель – це довільний або мимовільний (рефлекторний) поштовхоподібний, форсований гучний видих, який може виконувати як фізіологічну, так і патологічну роль. Цей симптом є складним рефлекторним захисним актом, який спрямований на видалення з дихальних шляхів стороннього тіла або патологічного матеріалу, адсорбованого на слизовій оболонці бронхів, або надлишкового бронхіального секрету для підтримки бронхіальної прохідності.

Кашель є найчастішою причиною звернень до лікаря. Зокрема, у США щорічно з приводу цієї скарги відзначають понад 30 млн візитів до лікаря. За даними

Європейського респіраторного товариства, до 30% усіх звернень до сімейного лікаря пов'язані з розвитком кашлю в нічний час. Поширеність симптому і потреба розробки покрокового алгоритму встановлення причини кашлю та його адекватної корекції актуалізує цю проблему для сучасної педіатричної практики.

За тривалістю розрізняють гострий (до 3 тижнів), підгострий (3-8 тижнів) та хронічний (більше 8 тижнів) кашель. Експерти також виділяють рецидивний, психогенний і поствірусний кашель. Рецидивний кашель – це повторні епізоди кашлю, які не пов'язані з гострою респіраторною вірусною інфекцією (ГРВІ) та тривають довше ніж 7-14 днів. Психогенний кашель є інструментом неусвідомленого привернення уваги дорослих до дитини. Він припиняється уві сні або при зосередженості дитини на якійсь справі. Поствірусний кашель виникає під час ГРВІ і триває понад 3 тижні.

Тривалий поствірусний кашель став темою обговорення Національної міждисциплінарної ради експертів з питань респіраторної патології, яка постановила, що гострий бронхіт із частим малопродуктивним кашлем на тлі ГРВІ, як правило, супроводжується прихованим бронхоспазмом через гіперреактивність бронхів, що посилює вираженість кашлю, зменшує його продуктивність і є провідним механізмом підтримання тривалого

постінфекційного кашлю. Це зумовлює необхідність використання комбінованих мукоактивних препаратів, до складу яких входять бромгексин, гвайфенезин і салбутамол (наприклад, препарат Аскоріл фармацевтичної компанії «Гленмарк»), з перших днів гострого бронхіту внаслідок ГРВІ. Цій комбінації діючих речовин притаманна муколітична та бронходилатуюча дія, що підвищує продуктивність кашлю, запобігає розвитку гіперреактивності бронхів і розвитку тривалого постінфекційного кашлю.

Існує великий перелік причин хронічного кашлю. Продуктивний хронічний кашель супроводжує хронічний бронхіт, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхоектази, бронхіальна астма (БА), туберкульоз, муковісцидоз. Непродуктивний хронічний кашель виникає при кашльовому варіанті БА, гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ), хронічних запальних захворюваннях носоглотки, які супроводжуються синдромом постназального стікання (СПНС), терапії інгібіторами протонної помпи, β-блокаторами, нестероїдними протизапальними засобами, інтерстиціальних захворюваннях легень, психогенному кашлі. У дітей найчастішими причинами хронічного кашлю є БА, СПНС і ГЕРХ.

Кашель при ГЕРХ виникає внаслідок активації вагусного рефлексу. Про цей механізм виникнення симптому слід згадати в разі наявності сухого кашлю, котрий посилюється після їди, при переході з горизонтального положення у вертикальне (наприклад, вранці при пробудженні) з мінімальними епізодами у нічний час. Зазвичай у таких пацієнтів відмічають неприємний запах із рота. Часто кашель на тлі ГЕРХ є наслідком мікро- та макроаспірації. Такі пацієнти, крім неінтенсивного кашлю, скаржаться на сухість у горлі, печію, біль за грудниною та в епігастрії, відчуття клубка в горлі, порушення голосу тощо. На тлі антисекреторної терапії самопочуття хворих покращується.

У пацієнтів із хронічним ринітом (алергічним, вазомоторним, медикаментозним), поліпами носа та хронічним синуситом виникає СПНС – поширена причина сухого кашлю малої та середньої інтенсивності у дітей. Він виникає у нічний і ранковий час, супроводжується відчуттям присутності секрету у глотці.

Сьогодні спостерігається тенденція до збільшення випадків алергічного кашлю серед дітей, який виникає нападopodobно на тлі контакту з алергеном. У таких пацієнтів виявляють обтяжений алергологічний анамнез і позитивні результати алергологічного обстеження (хоча негативні результати не виключають алергічний генез кашлю). Алергічний кашель можуть супроводжувати інші прояви алергії: риніт, кон'юнктивіт, бронхоспазм, ураження шкіри тощо.

Хронічний кашель – це найчастіший симптом АР та синуситу, який виникає на тлі СПНС слизу та подразнення гортані й глотки. Слід зазначити, що часто АР діагностується дуже пізно, тому дітям необґрунтовано призначають повторні курси антибіотиків, деконгестантів, імуномодуляторів тощо. Тому лікарям необхідно пам'ятати, що в дітей АР зазвичай протікає під маскою повторних епізодів ГРВІ чи ангіни.

Найчастішою причиною хронічного кашлю у дітей є БА, тому цей діагноз потребує особливої уваги педіатрів. У 70-80% випадків хвороба виникає у дітей віком 5-6 років, у 15-20% – на першому році життя (N. Ballardini et al., 2012). Великою проблемою БА у дітей раннього віку є те, що хвороба зазвичай перебігає у вигляді повторних епізодів обструктивного бронхіту, що відтерміновує встановлення правильного діагнозу хворій дитині та забезпечення адекватного лікування.

Особливостями кашльового варіанту БА є поява частого, інтенсивного сухого або малопродуктивного кашлю, який порушує активність і сон дитини, провокується холодним повітрям, різкими запахами, гіпервентиляцією, респіраторною інфекцією. Часто такий кашель є резистентним до бронхолітиків. Встановити діагноз педіатрам допомагають бронхопровокаційний тест з метахоліном/гістаміном і пробна протизапальна терапія (монтелукастом, іГКС у низьких дозах протягом 2-3 міс).

У рекомендаціях GINA 2017 р. вказано, що БА слід припустити у дитини ≤5 років у випадку повторних або постійних епізодів кашлю з посиленням вночі або у супроводі свистячих хрипів та утрудненого дихання, при появі кашлю на тлі фізичного навантаження, сміху, плачу, при контакті з тютюновим димом за відсутності видимих ознак ГРВІ та клінічного поліпшення стану хворої дитини впродовж 3 міс пробної протизапальної терапії.

Таким чином, при наявності кашлю у дитини педіатру необхідно визначити:

- за можливості, етіологічні та патологічні чинники, а також рівень ураження дихальних шляхів;
- характер, тривалість та інтенсивність кашлю, вплив симптому на якість життя;
- наявність чи відсутність бронхообструкції;
- необхідність призначення лікарських засобів, які впливають на кашель (муколітиків, відхаркувальних і протикашльових препаратів);
- при наявності хронічного сухого кашлю на тлі алергічної патології призначити пробну контролюючу терапію терміном не менше 3 міс.

З метою оптимізації діагностичного пошуку причини хронічного кашлю існує потреба залучення фахівців різних спеціальностей у складі міждисциплінарного консилиуму. Якщо пошук причини хронічного кашлю виявився безрезультатним, слід спробувати призначити терапію, як при БА чи АР.

У разі призначення пробної протизапальної терапії слід враховувати безпечність лікарського засобу. Оптимальним показником, який характеризує ефективність і безпечність іГКС, є терапевтичний індекс – відношення загального балу ефективності до загального балу побічних дій. Максимальний терапевтичний індекс визначено для мометазон фуорату, який представлений на вітчизняному фармацевтичному ринку в тому числі препаратом Глемспрей.

У рекомендаціях GINA 2018 р. значна увага зосереджена на монтелукасті, який використовується для лікування БА, АР і поєднання БА та АР. На відміну від бронхолітиків і муколітиків, монтелукаст забезпечує тривалий протизапальний ефект, зменшує частоту та тяжкість обструкції, а також знижує професійне навантаження на лікаря. В Україні монтелукаст представлений, зокрема, препаратом Глемонт.

Великою перевагою препарату Глемонт є мінімальна кількість допоміжних речовин. Жувальні таблетки по 4 мг і 5 мг не містять у своєму складі барвника

Проти кашлю

більше сил, якщо поруч

АСКОРІЛ

ПРЕПАРАТ РОКУ 2014 **ПРЕПАРАТ РОКУ 2017**

АСКОРІЛ – комбінований препарат для лікування кашлю. Діючі речовини: бромгексин, гвайфенезин, салбутамол. Аскоріл – це комбінований препарат, який ефективно лікує кашель, зменшує його інтенсивність, покращує самопочуття хворого. Аскоріл – це комбінований препарат, який ефективно лікує кашель, зменшує його інтенсивність, покращує самопочуття хворого.

АСКОРІЛ – комбінований препарат для лікування кашлю. Діючі речовини: бромгексин, гвайфенезин, салбутамол. Аскоріл – це комбінований препарат, який ефективно лікує кашель, зменшує його інтенсивність, покращує самопочуття хворого. Аскоріл – це комбінований препарат, який ефективно лікує кашель, зменшує його інтенсивність, покращує самопочуття хворого.

оксиду заліза. Біоеквівалентність препарату Глемонт зіставна з оригінальним монте-лукастом.



Із доповіддю «Парадокси лікування бронхіальної астми у дітей: доказова медицина і реальна клінічна практика» виступила **завідувач кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного**

університету імені Данила Галицького,
доктор медичних наук, професор Леся
Василівна Беш.

– Бронхіальна астма – це захворювання «із багатьма невідомими». Незважаючи на значні досягнення у діагностиці та лікуванні цієї хвороби (адаптацію сучасних міжнародних рекомендацій у вигляді вітчизняного протоколу, підвищення рівня виявлення БА на первинній ланці медичної допомоги, зниження випадків тяжкого перебігу хвороби, які потребують негайної госпіталізації хворого), лише 18% пацієнтів мають добрий контроль над перебігом БА.

Найважливіше питання, на яке педіатр повинен чітко знати відповідь при зверненні дитини з респіраторними симптомами, звучить так: які саме ознаки можуть свідчити про наявність БА?

Лікарю слід запідозрити БА:

- в разі виявлення atopічного анамнезу (збільшує імовірність розвитку БА, проте не є абсолютно необхідним критерієм для постановки діагнозу);

- якщо періодичність виникнення симптомів – 3 епізоди бронхообструкції протягом 1 року, які супроводжувалися задишкою, свистячим диханням, нападopodobним кашлем) із **задокументованим покращенням стану** після застосування β_2 -агоністів короткої дії;

- якщо був один, але тяжкий епізод бронхообструктивного синдрому (БОС), який вимагав госпіталізації дитини і застосування системних кортикостероїдних препаратів;

- у разі виникнення загострень, спровокованих не лише вірусною інфекцією, але й дією алергенів чи фізичним навантаженням.

Значні труднощі в педіатрів викликає диференційна діагностика БА та БОС, спровокованих інфекцією. У цьому аспекті важливо пам'ятати, що **наявність у дитини проявів БОС виключно на фоні інфекції не виключає БА**. Виникнення аналогічних симптомів поза дією інфекційних агентів підвищує ймовірність БА у пацієнта. За наявності в дитини цих ознак необхідно призначити пробу на протизапальну терапію, ефективність якої підтверджує діагноз БА.

Клінічний випадок. Хлопчик К., 8 років, перебуває на обліку в дитячому алергологічному центрі Львівської міської дитячої клінічної лікарні (ЛМДКЛ) з 2016 р. з діагнозом бронхіальна астма, atopічна форма, персистуючий перебіг IV ступеня тяжкості, контролювана. Дихальна недостатність 0.

Сімейний та алергологічний анамнез обтяжений: тітка та двоюрідний брат хворіють на БА, бабуся – на поліноз. Дитина проживає в незадовільних побутових умовах із наявністю багатьох потенційних алергенів (пліснявого грибка, шерсті kota). У віці 1 рік хворів на atopічний дерматит.

З 2-річного віку відбуваються часті епізоди БОС (6-8 разів на рік), які не завжди були пов'язані з респіраторною інфекцією. За місцем проживання проводилося амбулаторне лікування антибіотиками, муколітиками, пероральними бронхолітиками, гомеопатичними препаратами, застосовувалася гомотоксикологічна терапія.

З 4-річного віку епізоди БОС стали частішими й тяжчими, що стало приводом для

першої госпіталізації в неспеціалізоване відділення. Слід підкреслити, що на жодному з етапів лікування дитині не була діагностована БА і не призначена базисна протизапальна терапія. З 5 років пацієнт періодично отримує курси антигістамінних препаратів (специфічна алергодіагностика не проводилася). На тлі неадекватного лікування почастишали нічні епізоди БОС, які мати намагалася усунути самостійно.

Коли хлопчику виповнилося 7 років, його вперше було госпіталізовано до алергологічного відділення ЛМДКЛ у тяжкому стані з симптомами дихальної та серцево-судинної недостатності. На момент госпіталізації: шкірні покриви бліді, ціанотичні, експираторна задишка (частота дихання – 64 дихальні рухи за 1 хв), частота серцевих скорочень – 128 уд./хв, рівень сатурації кисню – 88% (на тлі оксигенотерапії), дистанційні свистячі хрипи, частий малопродуктивний кашель, участь допоміжної мускулатури в акті дихання, вимушене положення в ліжку. Перкусія легень – тимпанічний звук, аускультатія легень – сухі свистячі хрипи на фоні різко ослабленого дихання з обох сторін. Відзначено відставання у фізичному розвитку (дефіцит маси тіла – 19%).

Комп'ютерна спірографія: вентиляційна недостатність III ступеня обструктивного типу (об'єм форсованого видиху за 1 с – 39%).

Рентгенографія органів грудної клітки: підвищення прозорості легень, посилення легеневого малюнку, корені інфільтровані, синуси вільні.

Алергодіагностика (в період ремісії) – підвищений рівень IgE, позитивні шкірні алерготести до кліщів домашнього пилу, шерсті kota, собаки, грибкових алергенів.

Лікування: оксигенотерапія, інгаляційна небулайзерна терапія бронхолітиками, інгаляційними глюкокортикостероїдами (іГКС), інфузійна терапія ГКС, метилксантинами, після купірування БОС – μυколітична терапія, лікувальний масаж. Призначена базисна терапія, котра включає тривалий курс іГКС (750 мг/добу з поступовим зниженням дози до 500 мг/добу), антилейкотрієнові препарати (Глемонт 5 мг/добу). Рекомендована санація побуту.

Цей клінічний випадок яскраво демонструє наслідки несвоєчасного встановлення діагнозу, недотримання алгоритму обстеження пацієнта й неадекватного лікування, що стало причиною прогресування патології та розвитку тяжкого стану, який загрожував життю дитини. Тому, незважаючи на високу поширеність БА серед дітей, існує потреба актуалізації підходів до ведення таких пацієнтів.

У 40% випадків БА є інтермітуючою (легкою), тому в багатьох лікарів виникають сумніви щодо доцільності призначення базисної терапії таким пацієнтам. Як наслідок, часто втрачається контроль над перебігом хвороби.

Сьогодні існує дві стратегії лікування інтермітуючої БА: терапія за потребою та тривала базисна терапія. Глобальна ініціатива з бронхіальної астми (The Global Initiative for Asthma, GINA) рекомендує як терапію першої лінії застосовувати низькі дози іГКС. Альтернативним напрямом лікування хворих на БА, який має більшу прихильність серед пацієнтів, є застосування антилейкотрієнових препаратів (монтелукаст). Терапія антилейкотрієновими препаратами є методом вибору в разі, якщо пацієнт не переносить іГКС через виражені побічні ефекти чи має супутній алергічний риніт (АР).

Важливою умовою досягнення контролю над перебігом БА є прихильність до лікування. У ході когортного ретроспективного дослідження за участю 227 дітей із БА легкого ступеня тяжкості, які були розділені на дві групи (пацієнти 1-ї групи

отримували монтелукаст, 2-ї – іГКС), отримано такі результати: у пацієнтів, які приймали монтелукаст, показник прихильності становив 97%, що значно вище, ніж у групі іГКС – 62% (F.M. Ducharme et al., 2012).

У сучасних реаліях вітчизняної медицини вибір оптимального лікарського засобу повинен здійснюватися з урахуванням клінічної ефективності й економічної доступності препарату для пацієнта. У цьому аспекті привертає увагу препарат монтелукасту Глемонт (фармацевтична компанія «Гленмарк»), для якого доведена біоеквівалентність оригінальному монтелукасту. Засіб отримав сертифікати GMP (Good Manufacturing Practice) та FDA (Food and Drug Administration), що є підтвердженням його високої якості.

У педіатричній практиці часто трапляються випадки, коли не обійтися без іГКС. Проте сьогодні в українській медицині глибоко вкарбувалася стероїдофобія, яка перешкоджає раціональному призначенню лікування пацієнтам з БА. На одній із вітчизняних конференцій учасникам заходу поставили запитання, чи впливають іГКС на ріст дитини. 84% респондентів відповіли «так», але жоден із лікарів не бачив цього ефекту у своїй практиці. Щоб позбутися побоювань стосовно іГКС, необхідно постійно вдосконалювати свої знання щодо сучасних принципів лікування БА, ознайомлюватися з сучасними стратегіями ведення таких пацієнтів і переконуватися на чужому та власному досвіді в безпечності іГКС.

Що стосується основних парадоксів лікування пацієнтів з БА, досі зустрічається безпідставне призначення антибіотиків, імуномодуляторів, муколітиків, спазмолітиків, недозованих середників для інгаляційного лікування (мінеральних вод, антисептиків, трав'яних відварів тощо).

поєднане застосування пероральних та інгаляційних β_2 -агоністів, самовільне зменшення дози засобів базисної терапії або взагалі відсутність такої терапії, терапія в режимі «від нападу до нападу».

Терапія загострення БА включає активну сольову регідратацію, оксигенотерапію (за потребою), бронхолітики, інгаляційні та системні ГКС. При загостренні БА заборонено застосовувати седативні засоби, антигістамінні препарати, муколітики, фізіотерапію, регідратацію великими об'ємами води, неселективні β_2 -адреноміметики, пролонговані β_2 -агоністи.

У вітчизняній педіатричній практиці недостатньо уваги приділяється алерген-специфічній імунотерапії, ефективність якої підтверджено в низці зарубіжних досліджень.

Важливим напрямом є навчання дитини з БА та її батьків. БА — це хронічне захворювання, яке потребує контролю та дисципліни. Під час прийому лікар повинен вести роз'яснювальну роботу, доступно пояснити необхідність лікування та можливі наслідки недотримання призначеної терапевтичної схеми.

Таким чином, успіх лікування пацієнта з БА залежить від злагодженості роботи лікаря, пацієнта та його сім'ї, а також вміння педіатра знайти індивідуальний підхід у кожному конкретному випадку.

Отже, сьогодні вітчизняні педіатри мають ефективні інструменти, що сприяють забезпеченню вільного дихання дітям із хронічним кашлем, — препарати Аскоріл, Гленспрей, Глемонт фармацевтичної компанії «Гленмарк». Досягнення максимального ефекту терапії можливе за умови своєчасного встановлення діагнозу та раннього початку терапії.

Підготувала **Ілона Цюпа**

[illegible]