ZU_2012_pediatr_4_finish.qxd 14.12.2012 14:41 Page 32

Бронхиальная астма у детей раннего возраста: особенности диагностики и лечения

16-17 октября в г. Виннице состоялась традиционная научно-практическая конференция аллергологов Украины «Актуальные вопросы выявления и лечения аллергических заболеваний». В мероприятии приняли участие ведущие отечественные эксперты, практические специалисты-аллергологи, авторитетные зарубежные гости.
Одной из центральных тем, обсуждаемых участниками форума, стало ведение пациентов детского возраста с бронхиальной астмой (БА). Были рассмотрены особенности терапии заболевания, факторы, влияющие на уровень его контроля, отдельные фенотипы БА, свойственные детскому возрасту (в частности вирусиндуцированная БА), врачебная тактика в случае сочетания ее с аллергическим ринитом (АР).

На современных подходах к лечению БА у детей раннего возраста сфокусировал внимание **ассистент кафедры педиатрии № 1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, кандидат медицинских наук Александр Васильевич Катилов.**

– Наиболее значимыми проблемами при ведении БА в раннем возрасте являются трудности в диагностике заболевания у детей младше 5 лет (в связи с большим количеством патологических состояний, проявления которых симулируют БА) и более низкая эффективность ингаляционной терапии по сравнению с таковой у взрослых, что обусловлено как индивидуальным ответом на влияние препаратов, так и неправильным выполнением ингаляций и невозможностью контроля соблюдения рекомендуемой методики.

К критериям, на основании которых можно установить диагноз БА, относятся:

• возраст ≥5 лет;

• эпизодические симптомы обструкции нижних дыхательных путей;

• обратимость бронхообструкции (прирост объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) после применения сальбутамола свыше 12%);

• исключение альтернативной патологии (у детей младше 5 лет).

Согласно данным Castro-Rodriguez (2000) вероятность возникновения БА в некоторой степени обусловлена генетически: она составляет приблизительно 7%, если семейный анамнез в отношении этого заболевания не отягощен; если один из родителей страдает астмой, указанный показатель возрастает до 20%; в случае выявления БА у обоих родителей риск ее развития у ребенка составляет 64%. С высоким риском развития БА ассоциируется ген ADAM33 на коротком плече 20-й хромосомы.

Возникновение БА провоцируют следующие факторы:

• курение матери во время беременности и в первые 6 мес после родов;

• дефицит витамина D;

• применение антибиотиков во время родов у матери и в первые месяцы жизни ребенка;

• раннее введение прикорма (в возрасте до 4 мес);

• позднее добавление рыбы в рацион питания;

• проживание в так называемых условиях стерильности;

• ожирение.

Также накоплены данные, согласно которым фактором риска развития БА у ребенка является отсутствие у него родных братьев и сестер.

Определенную сложность представляет собой дифференциальная диагностика БА с бронхиолитом, обструктивным бронхитом и пневмонией; могут наблюдаться схожие симптомы с перечисленными заболеваниями при попадании инородных тел в дыхательные пути, муковисцидозе, трахеобронхомаляции, эпизодах свистящего дыхания (так называемом вирусиндуцированном wheezing-синдроме).

60% детей, у которых первый эпизод свистящего дыхания, обусловленный вирусной инфекцией, был зарегистрирован в первые годы жизни, на момент достижения 6 лет не имели нарушений здоровья; более 90% детей, у которых манифестация симптомов наблюдалась в возрасте старше 6 лет, впоследствии страдали БА; также существуют данные, свидетельствующие о том, что диагностика вирусиндуцированных эпизодов свистящего дыхания до 6-месячного возраста ассоциируется с меньшей частотой их трансформации в БА (Martinez F.D., 1995, Castro-Rodriguez J.A., 2000).

Выделяют клинические различия wheezing-синдрома, на основании которых можно с большой долей уверенности судить о верификации диагноза БА или другой респираторной патологии. При заболеваниях верхних дыхательных путей wheezing монофонический, при БА – полифонический; в первом случае он лучше выслушивается над ларингеальной частью шеи, во втором – над легкими.

Условно БА подразделяют на две группы – развившуюся до 5 и после 5 лет. Ступенчатая терапия БА в этих возрастных категориях практически идентична, она различается только невозможностью использования у детей младше 4 лет β_2-агонистов длительного действия и теофиллинов. Арсенал врача включает следующие средства, рекомендованные для лечения БА у детей раннего возраста: антилейкотриеновые препараты (АЛП), ингаляционные кортикостероиды (ИКС), их комбинации.

Возникает резонный вопрос: средствам какого класса следует отдать предпочтение при выборе терапии?

Эффективность ИКС во многих исследованиях при легкой БА была сравнима с таковой АЛП монтелукаста. Например, по данным Garcia-Garcia и соавт. (2005), прием флутиказона 100 мкг 2 раза в сутки (n=499) в течение 12 мес ассоциировался с сопоставимыми с терапией монтелукастом 5 мг 1 раз в сутки (n=495) профилактическим эффектом в отношении развития обострения и количеством дней без симптомов БА.

ИКС рекомендованы к применению в качестве стартовой базисной терапии при среднетяжелой БА, однако они не влияют на вирусиндуцированный wheezing, поэтому если эпизоды БА у ребенка в раннем возрасте сопровождаются высокой температурой тела и другими симптомами вирусной инфекции, желательно использовать в качестве стартовой терапии АЛП.

Отсутствуют доказательства эффективности применения ИКС при БА у детей до 2 лет (проводятся некоторые работы, посвященные данной теме, но в библиотеку Cochrane они еще не внесены).

Показаниями к назначению монтелукаста служат БА физической нагрузки и так называемая аспириновая БА у взрослых и детей старшего возраста. Согласно данным British guideline on the management of asthma (2008) при оценке эффективности АЛП в лечении БА в различных возрастных категориях наибольшая результативность зафиксирована в группе детей до 5 лет; кроме того, профиль безопасности этого класса препаратов оценен как благоприятный. Предпочтительнее использование АЛП в качестве стартовой терапии БА у детей раннего возраста в связи с высокой частотой в этой популяции эпизодов свистящего дыхания, обусловленных вирусами.

В каких случаях оправданным является назначение при первом эпизоде БА комбинации ИКС и АЛП?

Во-первых, данная стратегия позволяет повысить комплайенс и не увеличивать дозу стероидов; она рекомендуется для применения у детей с впервые диагностированной БА с атопическим дерматитом, в случае тяжелой БА.

Преимущества применения монтелукаста в комплексной терапии БА у детей раннего возраста:

• при добавлении к ИКС позволяет поддерживать адекватный контроль заболевания, избегая повышения дозы стероидов;

• восстанавливает носовое дыхание и снижает потребность в дополнительном применении антигистаминных препаратов с целью лечения АР;

• оказывает положительное воздействие на частоту достижения контроля БА путем коррекции симптомов АР.

Чрезвычайно актуальной представляется также проблема хронической заложенности носа в раннем возрасте: ЛОР-врачи чаще всего ассоциируют ее с аденоидитом, но в ряде случаев причиной этого нарушения является АР.

Когда следует заподозрить взаимосвязь заложенности носа с АР? В первую очередь при наличии БА ввиду единства патогенетических механизмов указанных заболеваний и высокой частоты их сочетания (у 98,9% пациентов с аллергической и 78,4% с неаллергической БА диагностируется АР) (Simons F.E.R., 1994).

Вероятность выявления АР у педиатрических пациентов с хронической заложенностью носа увеличивается в случае отягощенного семейного аллергологического анамнеза или установленной аллергопатологии у родных брата или сестры; диагностированного атопического дерматита или ксероза кожи; рецидивирующих эпизодов бронхообструкции.

АЛП в качестве терапии хронической заложенности носа способствует улучшению носового дыхания и снижению риска развития БА. Доказано, что значимым фактором, провоцирующим возникновение указанной патологии, является удаление аденоидных вегетаций и тонзиллэктомия в возрасте до 3 лет.

Подводя итоги, отмечу, что монтелукаст может использоваться как альтернатива первой линии терапии персистирующей БА. Накоплены данные, подтверждающие эффективность назначения монтелукаста в качестве стартовой терапии легкой БА у детей; большую результативность АЛП демонстрируют в группе пациентов младше 10 лет с повышенным уровнем лейкотриенов в моче. Также рекомендуется сочетанное применение этих средств с ИКС, поскольку механизмы их действия не идентичны, а наоборот, дополняют и усиливают друг друга. Существующая в настоящее время доказательная база содержит сведения об успешном лечении АЛП детей начиная с 6-месячного возраста (Practicing Allergology or Practical Allergy report).

Подготовила ***Ольга Радучич***