

8 жовтня 2013 року Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 868 був затверджений уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей»

Академік НАМН України, доктор медичних наук, професор, президент Асоціації педіатрів України, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» Юрій Геннадійович Антипкін зазначив, що вперше був створений та затверджений національний протокол, у якому представлений мультидисциплінарний підхід до вирішення проблеми бронхіальної астми (БА).



До складу робочої групи увійшли не лише науковці, а й провідні спеціалісти в галузі дитячої пульмонології та алергології. Інформаційно-методичний супровід надавав Державний фармакологічний центр. Найбільш дискусійні питання неодноразово обговорювалися на засіданнях робочої групи, науково-практичних конференціях та конгресах педіатрів. Наступний важливий етап роботи – впровадження протоколу в клінічну практику, а також виявлення та аналіз недоліків з метою його вдосконалення. Перегляд даного протоколу запланований на 2016 рік.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності «Дитяча пульмонологія», доктор медичних наук, професор Володимир Федорович Лапшин відмітив, що БА – захворювання, на яке страждають близько 300 млн мешканців планети.



Серед 15 млн інвалідів у світі 1% – це хворі на БА. Захворованість на БА варіює в різних країнах та популяціях і становить 1-18%. В Україні БА займає четверте місце в структурі загальної інвалідності серед дітей 10-14 років і перше – у структурі інвалідності дітей із захворюваннями органів дихання. Згідно з прогнозом учених, у 2020 році кожна друга дитина буде страждати на алергічне захворювання. Встановлено, що у ранньому дитячому віці майже в два рази частіше хворіють хлопчики, ніж дівчатка, однак у пубертатному віці – однаково. У віковому аспекті найбільша поширеність БА реєструється в шкільному віці. Висока захворюваність на БА у дітей характерна для промислових регіонів з несприятливою екологією. Так, у мешканців міста частіше реєструється БА, ніж у мешканців села (7,1 та 5,7% відповідно).

Слід зазначити, що поширеність БА серед дітей у Європі в 10 разів вища, ніж в Україні, що в першу чергу пояснюється несвоєчасною діагностикою захворювання в нашій країні саме в дитячому віці. Згідно з даними дослідження, що було проведено в Інституті педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, майже у половині дітей термін між першими проявами БА і встановленням діагнозу становив 5-7 років, що сприяло більш тяжкому, неконтрольованому перебігу хвороби та було підґрунтям для встановлення інвалідності в дитячому віці.

Вищезазначений уніфікований клінічний протокол, положення та обґрунтування якого базуються на даних доказової

медицини, спрямований на створення єдиної системи надання своєчасної та комплексної медичної допомоги дітям із БА.



Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності «Дитяча алергологія», доктор медичних наук Тетяна Рудольфівна Уманець наголосила, що БА у дітей і дорослих має деякі відмінності. По-перше, в дитячому віці БА має алергічний характер, а свистяче дихання (wheezing) може спостерігатися й у здорових дітей. По-друге, існують труднощі діагностики БА у дітей, оскільки тільки з 5-річного віку можливо виконати спірометрію, яка є єдиним об'єктивним методом обстеження.

Незважаючи на добре розвинені компенсаторно-приспосувальні механізми у дітей, початкові прояви ремоделювання бронхів спостерігаються рано, але на відміну від дорослих вони нестійкі і можуть мати зворотний розвиток. Діти краще, ніж дорослі, відповідають на медикаментозну терапію, і тому чим раніше встановлений діагноз та розпочато лікування, тим більш сприятливий прогноз захворювання.

Слід зазначити, що завданням педіатрів перш за все є вторинна профілактика БА. Найбільше значення в цьому аспекті має не показник захворюваності на БА, а кількість хворих, у яких виникли ускладнення захворювання, що зазвичай відбувається через декілька років і вже у дорослого пацієнта. Встановлено, що чим раніше була розпочата протизапальна терапія БА, тим менше шансів формування неконтрольованих форм БА, і як наслідок – настання інвалідності. На жаль, на сьогодні не тільки більшість батьків хворих дітей, а й педіатрів мають насторогу щодо застосування інгаляційних кортикостероїдів.

Разом з тим успіх лікування також залежить від прихильності батьків дитини до терапії. Групою дослідників Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України було встановлено, що в більшості випадків формування неконтрольованих форм БА було зумовлено саме низькою прихильністю до терапії.

Впровадження уніфікованого клінічного протоколу в практику дозволить підвищити якість медичної допомоги дітям з БА, а також забезпечити високий рівень якості життя маленьких пацієнтів у майбутньому.

Робоча група: Хобзей М.К., Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р., Бережний В.В., Беш Л.В., Більбот Ю.К., Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Майданик В.Г., Недельська С.М., Охотнікова О.М., Юліш Є.І.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення: Степаненко А.В., Ліщишина О.М., Горох Є.І., Шилкіна О.О., Кузьма Г.М.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та <http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html>

Підготувала **Олена Молчанова**

Схема медикаментозного лікування БА

Метою терапії бронхіальної астми (БА) є досягнення та підтримка контролю над клінічними проявами хвороби.

Засоби, які забезпечують контроль за перебігом БА (контролюючі препарати):

- Інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС) є препаратами вибору в терапії дітей усіх вікових груп з персистуючою астмою будь-якого ступеня тяжкості. Рекомендований режим призначення два рази на добу і одноразове дозування при повному контролі.

- Системні глюкокортикостероїди – (СГКС) – (препарати вибору – преднізолон, метилпреднізолон) назначаються для усунення середньотяжких і тяжких нападів астми у мінімальних дозах протягом 3-5 днів та для контролю найбільш тяжкої астми (V крок) подовженим курсом (один раз на добу щоденно або через день). В останньому випадку якомога раніше здійснюється відміна СГКС і перехід на високі дози ІГКС, комбінацію останніх з бронхолітиками пролонгованої дії.

- Інгаляційні бета-2-агоністи тривалої дії (сальметерол, формотерол) назначаються додатково в терапії часткової та неконтрольованої БА (натомість подвоєння дози ІГКС). Використовуються тільки в комбінації з ІГКС у дітей, старших 4-5 років. Перевагу надають фіксованим комбінаціям (флутиказон + сальметерол, або будесонід + формотерол). Застосування фіксованих комбінацій є найбільш ефективним у досягненні повного контролю над клінічними проявами астми незалежно від тяжкості перебігу.

- Антилейкотрієнові препарати (монтелукаст) застосовуються в якості монотерапії, як альтернатива ІГКС у лікуванні легкої персистуючої БА та вірус індукованої бронхіальної обструкції у дітей з інтермітуючою БА. Або додатково назначаються до ІГКС за відсутності належного контролю при лікуванні ІГКС.

- Ксантини. Для контролю за астмою у дітей, старших за 5 років (особливо при переважанні нічних симптомів, астми фізичного навантаження), застосовують перорально ксантини сповільненого вивільнення (тривалої дії) у низьких дозах у якості додаткової терапії до ІГКС при недостатній їх ефективності. Необхідним є проведення моніторингу рівня теофіліну у плазмі крові при його застосуванні.

- Моноклональні антитіла (омалізумаб). Призначаються в якості додаткової контролюючої терапії дітям з 6 років при важкому перебігу атопічної БА, яка недостатньо контролюється незважаючи на лікування відповідно V кроку терапії.

Алгоритм визначення обсягу базисної терапії залежно від рівня контролю у дітей, старших 5 років

Зменшення кроку лікування		Збільшення кроку лікування		
Крок 1	Крок 2	Крок 3	Крок 4	Крок 5
Освітні заходи Елімінаційні заходи Бета-2-агоністи короткої дії за необхідності				
Бета-2-агоністи короткої дії за необхідності	За необхідності бета-2-агоніст короткої дії			
	обрати один	обрати один	додати один чи більше	додати один чи обидва
антилейкотриєнові препарати	низькі дози ІГКС	низькі дози ІГКС + пролонговані бета-2-агоністи	середні або високі дози ІГКС + пролонговані бета-2-агоністи	оральні ІГКС у мінімальних дозах
		середні або високі дози ІГКС	антагоніст лейкотриєнів	анти-IgE-антитіла – омалізумаб
		низькі дози ІГКС + антилейкотриєновий препарат	продовжуваний теофілін	
		низькі дози ІГКС + пролонгований теофілін		
Варіанти базисної підтримуючої терапії				
ІГКС – глюкокортикостероїди.				

Алгоритм визначення обсягу базисної терапії залежно від рівня контролю у дітей до 5 років

Контрольована	Частково контрольована	Неконтрольована або частково контрольована на низьких дозах ІГКС*
Освітні заходи Елімінаційні заходи Бета-2-агоністи короткої дії за необхідності		
	низькі дози ІГКС	подвоєння дози ІГКС
	антилейкотриєновий препарат	антилейкотриєновий препарат

Примітка: у дітей до 5 років пролонговані бета-2-агоністи, крім того не рекомендовані.
*СГКС назначаються лише при загостренні БА.

Метою покровокового підходу до лікування БА є досягнення повного контролю від застосування найменшої кількості медикаментів.

Дітям з вперше встановленою БА, або якщо дитина не отримувала лікування, базисна фармакотерапія призначається починаючи з другого або третього кроку лікування впродовж не менше 6 тиж для оцінки відповіді на лікування. При адекватній відповіді на початкове лікування продовжують терапію в тому ж обсязі протягом 3 міс для досягнення контролю над симптомами захворювання.

Діти, які отримують базисне лікування, потребують його контролю згідно з критеріями. У разі відсутності повного контролю необхідно переглянути обсяг медикаментозної терапії для його досягнення. З цією метою необхідно визначити «крок» лікування (обсяг лікування, що отримує пацієнт) і призначити наступний – «сходінка вгору». При відсутності контролю на низьких дозах ІГКС рекомендовано комбіноване застосування ІГКС з бета-2-агоністом пролонгованої дії.

При досягненні повного контролю впродовж не менше 3 міс лікування рекомендовано зменшити («сходінка вниз») обсяг терапії. У разі застосування середніх і високих доз ІГКС рекомендовано зменшити їх на 50%, а при лікуванні низькими дозами ІГКС – перейти на однократний режим дозування. У випадку досягнення повного контролю із застосуванням комбінації ІГКС та пролонгованих бета-2-агоністів доцільним є зменшення дози ІГКС на 50% при збереженні початкової дози пролонгованих бета-2-агоністів. Коли доза ІГКС при комбінованій терапії досягне низької при збереженні повного контролю, пролонговані бета-2-агоністи рекомендовано відмінити. Альтернативою відміні пролонгованих бета-2-агоністів може бути однократне дозування фіксованих комбінацій ІГКС та пролонгованих бета-2-агоністів або монотерапія ІГКС у дозі, що була використана при комбінованому застосуванні.

Лікування із застосуванням препаратів для контролю може бути припинено, якщо пацієнт застосовує низькі дози ІГКС і спостерігається відсутність симптомів протягом року.

Діти з БА, у яких не вдається досягти належного контролю, незважаючи на адекватне лікування, відповідно до 4 кроку терапії (резистентна до лікування БА) потребують: перегляду диференційної діагностики, оцінки комплаєнсу, пошуку додаткових провокаційних чинників (психосоціальні фактори, грибкова алергія) та супутньої патології.

Лікування загострень БА

Загострення – епізоди прогресуючого, утрудненого зі скороченням дихання, кашлю, свистячого дихання, скутості грудної клітки, або комбінація цих симптомів, характеризується зменшенням потоку повітря на видиху (кількісно визначається при вимірюванні ОФВ₁ та ПОШ). Виділяють 4 ступені тяжкості загострення: легке, середньої тяжкості, тяжке та загроза зупинки дихання.

Лікування загострення проводиться залежно від його тяжкості, під контролем показників тяжкості стану, моніторингу ПОШ (у дітей, старших за 5 років), частоти дихання і серцевих скорочень. Діти з легким та середньої тяжкості загостренням можуть лікуватись амбулаторно під наглядом дільничного лікаря та лікаря алерголога дитячого. Тяжке загострення потенційно загрожує життю пацієнта і потребує госпіталізації.

Лікування загострень БА в закладах, які надають амбулаторну медичну допомогу

Невідкладна допомога дітям у гострому періоді незалежно від ступеня тяжкості починається з повторних інгаляцій бета-2-агоністів швидкої дії за допомогою небулайзера або дозованого аерозольного інгалятора зі спейсером.

Початкова терапія: інгаляційний бета-2-агоніст швидкої дії кожні 20 хв упродовж години за допомогою дозованого аерозольного інгалятора зі спейсером або небулайзера (А).

Повна відповідь	Неповна відповідь	Незадовільна відповідь
<p>Легке загострення Якщо ПОШ >80% від належного або найкращого індивідуального значення. Відповідь на бета-2-агоніст зберігається протягом 3-4 год: • можна продовжувати використання бета-2-агоніста кожні 3-4 год протягом 24 год.</p>	<p>Загострення середньої тяжкості Якщо ПОШ становить 60-80% від належного або найкращого індивідуального значення: • продовжувати використання бета-2-агоніста кожні 1-2 год; • додати СГКС преднізолон або еквівалентні дози інших ІГКС протягом 24 год застосування ІГКС у високих дозах • додати інгаляційний холінолітик; • проконсультуватися у лікаря.</p>	<p>Тяжке загострення Якщо ПОШ становить <60% від належного або найкращого значення: • продовжити прийом бета-2-агоніста з інтервалом менше години; • додати інгаляційний холінолітик; • додати СГКС; • негайно звернутися по невідкладну допомогу з подальшою госпіталізацією</p>
<p>Звернутися до лікаря за подальшими рекомендаціями</p>	<p>Негайно (у той же день) звернутися до лікаря за рекомендаціями</p>	<p>У відділення невідкладної допомоги стаціонару</p>

ПОШ – піковий об'єм швидкості видиху.

Показання для госпіталізації дітей з БА:

- тяжке загострення;
- немає поліпшення в межах 2-6 год після початку лікування;
- сатурація кисню <92%.

Діти з високим ризиком летальності від бронхіальної астми:

- діти у яких була інтубація або штучна вентиляція легень в анамнезі;
- наявність загострення за останній рік, що потребувало госпіталізації;
- пацієнти, які отримують у якості контролюючого препарату – пероральні ІГКС, або припинили їх застосування;
- діти, які мають залежність від бета-2-агоністів короткої дії (особливо діти, які використовують більше одного інгалятора на місяць);
- діти, які мають психосоціальні проблеми і не виконують рекомендацій по базисному лікуванню (відсутність комплаєнсу).

Алгоритм лікування загострення БА на стаціонарному етапі надання медичної допомоги

Початкова оцінка (див. критерії тяжкості нападу бронхіальної астми)
Анамнез, об'єктивне клінічне обстеження (аускультация, участь допоміжних м'язів у диханні, частота серцевих скорочень, частота дихання, ПОШ або ОФВ₁, SaO₂, у край тяжких хворих – газів артеріальної крові, за показанням – інші аналізи)

Початкова терапія
• Інгаляція кисню до досягнення SaO₂ > 95%.
• Інгаляційний бета-2-агоніст швидкої дії, 2 інгаляції сальбутамолу за допомогою дозованого аерозольного інгалятора із спейсером або сальбутамол за допомогою небулайзера кожні 20 хв протягом години.
• У разі відсутності негайної відповіді, або якщо пацієнт нещодавно приймав СГКС, або якщо є тяжкий напад – СГКС.
• При загостренні седативна терапія протипоказана.

Повторити оцінку тяжкості через годину: ПОШ, SaO₂, за необхідності інші аналізи

Напад середньої тяжкості	Тяжкий напад
<p>Оцінка анамнезу: пацієнт з групи високого ризику</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПОШ 60% від належного або найкращого індивідуального значення • Об'єктивне клінічне дослідження: симптоми помірно виражені, в диханні беруть участь допоміжні м'язи 	<p>Оцінка анамнезу: пацієнт з групи високого ризику</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПОШ 60% від належного або найкращого індивідуального значення • Об'єктивне клінічне дослідження: різко виражені симптоми у спокої, западання надключичних ямок • Відсутність поліпшення після початкової терапії
<p>Терапія: • інгаляційний бета-2-агоніст і інгаляційний холінолітик кожні 60 хв • можливе застосування ксантинів короткої дії • ІСГК протягом 3-5 днів • при наявності поліпшення продовжувати лікування протягом 1-3 год</p>	<p>Терапія: • оксигенотерапія • інгаляційний бета-2-агоніст і інгаляційний холінолітик • СГКС • Можливе внутрішньовенне введення ксантинів короткої дії</p>

Оцінка відповіді на лікування через 1-2 год

Повна відповідь	Неповна відповідь в межах 1-2 год	Незадовільна відповідь в межах години
<ul style="list-style-type: none"> • Поліпшення зберігається протягом 60 хв після останнього введення препаратів • Об'єктивне клінічне дослідження: норма • ПОШ >70%. • Дистресу немає • SaO₂ >95%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Оцінка анамнезу: пацієнт з групи високого ризику • Об'єктивне клінічне дослідження: симптоми від слабо виражених до помірних • ПОШ <60% • SaO₂ не поліпшується 	<ul style="list-style-type: none"> • Оцінка анамнезу: пацієнт з групи високого ризику • Об'єктивне клінічне дослідження: симптоми різко виражені, сонливість, сплутана свідомість • ПОШ <30%. • РаСО₂ 45 мм рт. ст. • РаО₂ 60 мм рт. ст.

Виписка додому (ПОШ >60%, забезпечити продовження лікування):	Продовження лікування в стаціонарі	Переведення у відділення реанімації інтенсивної терапії
<ul style="list-style-type: none"> • інгаляційним бета-2-агоністом за необхідністю • у більшості випадків обговорити питання про перегляд плану лікування (базисної терапії) • обізнаність хворого: правильний прийом препаратів, ретельний нагляд лікаря 	<ul style="list-style-type: none"> • оксигенотерапія • інгаляційний бета-2-агоніст + інгаляційний холінолітик • СГКС (оральний або внутрішньовенний) протягом 3 днів • моніторинг ПОШ, SaO₂, пульсу 	<ul style="list-style-type: none"> • оксигенотерапія • інгаляційний бета-2-агоніст + інгаляційний холінолітик • внутрішньовенні ІГКС • можливе внутрішньовенне введення бета-2-агоніста (сальбутамол)* • можливе внутрішньовенне введення ксантинів; • можлива інтубація і штучна вентиляція легень

Примітка. Не рекомендовано:
– призначення антибактеріальної терапії при загостренні бронхіальної астми;
– седативні препарати (протипоказані);
– муколітики (погіршують кашель);
– фізіотерапія (підвищує дискомфорт у хворого);
– гідратація з великим об'ємом рідини (для старших дітей);
– адреналін (може застосовуватися для лікування анафілактичних реакцій чи набряку Квінке).
* Потребує моніторингу ЕКГ та електролітів (калію) крові двічі на добу.

Алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ)

Алергенспецифічна імунотерапія проводиться дітям, віком понад 5 років, (можливе призначення з 3 років) хворим на atopічну БА переважно легкого і середньотяжкого перебігу (при досягненні контролю) лише лікарем-дитячим алергологом (або спеціально підготовленою медичною сестрою під наглядом лікаря алерголога) в амбулаторних умовах в обладнаному для цього кабінеті або в умовах спеціалізованого стаціонару (початковий етап, прискорений метод парентеральної АСІТ).

Може проводитися за будь-якою схемою, але більш безпечною є класична схема введення алергенів. Використання прискореного методу можливе лише після отримання результатів щодо задовільної переносимості АСІТ пацієнтом, переважно в умовах стаціонару.

Відбір дітей для проведення АСІТ має бути суворо обґрунтований (виключно IgE-залежну БА), оскільки відсутність ефекту від лікування погіршує ступінь комплаєнсу.

Склад вакцини для АСІТ має бути обраний на підставі результатів прик-тестування у поєднанні з анамнестичними даними (вказівка на загострення при контакті з конкретним алергеном). Кількість алергенів у складі вакцини не перевищує 4-5. Початкова доза обирається методом алергометричного титрування і поступово доводиться до підтримуючої. Мінімальний термін проведення АСІТ – 3 роки, оптимальний – 5. Критеріями припинення АСІТ є відсутність клінічних проявів астми впродовж року за відсутності лікування контролюючими препаратами та негативні результати прик-тестування. Курс може бути проведений повторно за необхідності.

Можливість призначення АСІТ має бути розглянута для кожної дитини з БА, оскільки це єдиний метод, за допомогою якого можна досягти ремісії тривалістю до 10 років без використання медикаментозної терапії.