

Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

Нове в діагностиці і терапії бронхіальної астми у дітей: практичний підхід до трактування найсучасніших вітчизняних та міжнародних узгоджувальних документів



Л.В. Беш

Однією з найбільш дискусійних і складних проблем у педіатрії та дитячій алергології була, є і, напевно, буде бронхіальна астма. Протягом останніх років постійно оновлюються міжнародні узгоджувальні документи, опрацьовуються нові вітчизняні й іноземні стандарти діагностики та лікування зазначеної патології. У цій величезній кількості настановчих матеріалів практичному лікарю нелегко орієнтуватися. Більшість існуючих узгоджувальних документів спираються перш за все на результати серйозних наукових досліджень з високим рівнем доказовості, водночас враховується й досвід окремих експертів. Така ситуація зумовлює певні відмінності в рекомендаціях, що диктує потребу пошуку консенсусу між ними. У цьому контексті особливо цікавим є 2013 рік, адже поряд з публікацією нового міжнародного консенсусу з лікування бронхіальної астми у дітей (International Consensus [ICON] Pediatric Asthma) було затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» (Наказ МОЗ України № 868 від 8 жовтня 2013 р.). Саме тому актуальним на сьогодні є обговорення практичного підходу до трактування найновіших настановчих документів.

Автори міжнародного консенсусу ICON здійснили критичний аналіз практично всіх існуючих рекомендацій з ведення пацієнтів дитячого віку з астмою. Ними опрацьовано такі документи:

- Австралійські рекомендації з лікування бронхіальної астми (Australian Asthma Management Handbook, 2006 [AAMH]);
- Глобальна стратегія лікування і профілактики астми (GINA – Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2001);
- Глобальна стратегія діагностики і лікування астми у дітей до 5 років (Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 Years and Younger, 2009 [GINA ≤5]);
- Японські рекомендації (Japanese Guideline for Childhood Asthma, 2008 [JGCA]);
- Американський консенсус (National Heart and Blood Institute, National Asthma Education and Prevention Program, Expert Panel Report 3: Guideline for the Diagnosis and Management of Asthma, 2007 [NAEPP]);
- Узгоджувальний документ PRACTALL (Diagnosis and Treatment of Asthma in Childhood: a PRACTALL Consensus Report, 2008 [PRACTALL]);
- Британські рекомендації (British Guideline on the Management of Asthma, Revised, 2011 [SIGN]).

На підставі цих документів автори сформулювали робочу дефініцію астми, яка практично не відрізняється від визначення, запропонованого у вітчизняних протокольних стандартах. Зазначено, що бронхіальна астма — це хронічне захворювання, обов'язковим патогенетичним механізмом якого виступають хронічний запальний процес і пов'язана з ним гіперреактивність бронхів, а основними клінічними проявами є повторні епізоди свистячого дихання, кашлю, ядухи, відчуття стиснення в грудях. Ці клінічні симптоми зазвичай пов'язані з поширеною, але варіабельною бронхообструкцією, яка є зворотною спонтанно або регресує під впливом терапії.

Протягом останніх років у деяких рекомендаційних документах розглядається доцільність виділення окремих варіантів бронхіальної астми у дітей різного віку — немовлят, дошкільнят,

школярів і молоді. Однак у документі ICON зазначено, що на сьогодні не існує переконливих даних, які б доводили доцільність такого розподілу. Водночас підкреслюється, що не може вважатися завершеною і дискусія стосовно різних фенотипів дитячої астми — необхідні подальші, більш масштабні дослідження. Немає сумнівів у тому, що виділення конкретних фенотипів і ендотипів астми є дуже важливим у контексті вибору терапії і відповіді на лікування, однак поки що зарано впроваджувати цей розподіл у практичну медицину. Така позиція абсолютно відповідає вітчизняним протокольным стандартам.

Найсучасніші міжнародні і вітчизняні рекомендації підтверджують, що обрати правильне лікування можна лише тоді, коли встановлено правильний діагноз. Особливу діагностичну проблему становлять немовлята і діти раннього віку з рецидивами свистячого дихання. Одностайної думки у різних дослідників стосовно не тільки прогнозу розвитку астми, а й підходів до її діагностики у дітей цієї вікової групи немає. Труднощі в розпізнаванні бронхіальної астми у дітей раннього віку зростають і з огляду на неможливість здійснити функціональну оцінку органів дихання. Більше того, відомо, що чим молодша дитина, тим частіше кашель і свисти на видиху зумовлені іншими захворюваннями, а не астмою.

Таким чином, одне з найскладніших питань в астмології сьогодні: коли діагностувати захворювання і коли розпочинати терапію? Визнаючи, що ранній вік є, власне, найбільш критичним для розвитку бронхіальної астми, розробники найсучасніших міжнародних і вітчизняних рекомендацій ще раз наголошують, що не існує єдиного рецепту щодо встановлення діагнозу бронхіальної астми у дітей перших п'яти років життя, немає специфічних маркерів, тому актуальними залишаються тривале спостереження за пацієнтом і ретельна диференційна діагностика. Істотну допомогу у процесі діагностичного пошуку надає призначення тримісячного курсу пробної базисної протизапальної терапії. У документі ICON зазначено, що на сьогодні аргументи стосовно ефективності такої рекомендації недостатньо переконливі, однак кращого способу підтвердити правильність діагнозу у цій

віковій групі дітей поки що немає. Водночас підкреслюється, що відсутність ефекту не виключає діагнозу бронхіальної астми, але диктує потребу в розширенні діагностичного пошуку.

Міжнародний узгоджувальний документ ICON ще раз підтверджує, що історія дитячої астми характеризується особливо виразними змінами в пубертатному віці. Сьогодні не існує критеріїв, які б дозволили однозначно спрогнозувати сприятливий перебіг (так зване «виросання з астми») чи погіршення перебігу хвороби у підлітків. Однак наявні дані дають змогу припустити, що вікова еволюція бронхіальної астми у дітей значною мірою визначається різними фенотипами хвороби.

Загалом у найсучасніших міжнародних і вітчизняних рекомендаційних документах наголошується на необхідності індивідуалізації діагностики й лікування. Терапія бронхіальної астми є непростим завданням. У кожної дитини захворювання може мати певні особливості й вимагати індивідуального підходу до лікування. Водночас основні принципи терапії відомі, і до них належать:

- розвиток партнерських відносин у ланцюгу «пацієнт — сім'я — лікар» (освітні заходи для хворих та членів їхніх родин);
- визначення факторів ризику захворювання й усунення контакту з ними (елімінаційні заходи);
- базисна фармакотерапія, спрямована на ліквідацію хронічного запального процесу, досягнення й моніторинг рівня контролю бронхіальної астми;
- лікування загострень;
- алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ).

Основною метою лікування бронхіальної астми є покращення якості життя пацієнта за рахунок постійного контролю над симптомами захворювання. Щоб досягти цього, необхідно грамотно і тривало лікувати хронічний запальний процес у бронхіальному дереві, і це завдання вирішує базисна терапія, яка передбачає застосування таких груп препаратів:

- інгалаційні глюкокортикостероїди (ІГКС);
- антилейкотриєнові препарати;
- пролонговані β_2 -агоністи;
- кромони;

- метилксантини;
- антитіла до імуноглобуліну Е.

Згідно з вітчизняними й міжнародними рекомендаційними документами основними препаратами базисної терапії у дітей є ІГКС, які завдяки досягненню високої концентрації у бронхах забезпечують виражену місцеву протизапальну дію і практично не виявляють системну активність. Водночас сьогодні не існує однозначних рекомендацій щодо дозування ІГКС і тривалості такого лікування. У вітчизняному протоколі для базисної терапії бронхіальної астми рекомендуються досить високі добові дози ІГКС з максимальними коливаннями до 1000 і навіть 2000 мкг у перерахунок на беклометазон. У документі ICON таку стратегію переглянуто в бік суттєвого зниження дозування, а саме рекомендовано однакове дозування для беклометазону, будесоніду і флутиказону: низькі дози — 100 мкг/добу, середні — 200 мкг/добу, високі — 400 мкг/добу. У разі небудайзерного введення рекомендуються вищі дози, а саме: для будесоніду низькі дози — 250 мкг/добу, середні — 500 мкг/добу, високі — 1000 мкг/добу. Водночас у документі ICON зазначено, що лише 30% хворих отримують у якості базисної терапії бронхіальної астми ІГКС. Покращити цю ситуацію може лише освітня робота з пацієнтами та членами їхніх родин, яка дає змогу підвищити прихильність хворого до лікування.

У випадках, коли середні дози ІГКС не дозволяють досягти контролю над хворобою, лікарі можуть обрати дві стратегії: або підвищити дозу ІГКС, або додати до схеми терапії інші препарати. Які лікарські засоби можна додатково призначити? На жаль, існують певні вікові обмеження, тому до досягнення дворічного віку педіатри працюють без альтернативи, маючи лише один вихід — підвищення дозування ІГКС. У пацієнтів віком 2-5 років можна додати антилейкотриєнові препарати (монтелукаст). Така тактика виглядає досить привабливо, особливо якщо розглядати бронхіальну астму як системне захворювання. Окрім того, антилейкотриєнові препарати сьогодні можна застосовувати як монотерапію, альтернативну низьким дозам ІГКС. Значно більше можливостей у лікуванні з'являється після досягнення дитиною п'ятирічного віку, коли нарешті можна призначити пролонговані β_2 -агоністи (салметерол, формотерол). Найсучасніші міжнародні і вітчизняні рекомендації ще раз підтверджують, що пролонговані β_2 -агоністи можна використовувати лише в комбінації з ІГКС, причому перевагу слід надавати поєднанню цих препаратів в одному інгаляторі.

У найсучасніших вітчизняних і міжнародних рекомендаціях залишено

також кромони як протизапальні препарати, що можуть застосовуватися у базисному лікуванні легкої астми та астми фізичного навантаження. Розробники вітчизняного протоколу й рекомендацій ICON вважають за доцільне у якості базисної терапії залишити й теофіліни як препарати, що призначаються в комбінації з ІГКС. Однак зазначено, що ефективність такої комбінації значно нижча, аніж поєднаного застосування ІГКС із пролонгованими β_2 -агоністами чи антилейкотриєновими препаратами. Окрім того, підкреслюється, що тривале використання теофілінів потребує постійного моніторингу їх концентрації у крові пацієнта.

Анти-IgE антитіла (омалізумаб) призначають у якості додаткової контролюючої терапії дітям з 12 років у разі тяжкого перебігу атопічної бронхіальної астми, яка не контролюється вищеописаним лікуванням.

Протягом останніх років постійно дискутуються питання щодо тривалості базисної терапії і підходів до її корекції (зменшення чи підвищення її інтенсивності). У вітчизняному протоколі, як і в документі ICON, рекомендовано оцінювати контрольованість бронхіальної астми через 3 міс після призначення базисного лікування. Якщо хвороба не контрольована, необхідно знайти відповіді на низку послідовних запитань:

- Чи отримує пацієнт лікування згідно з рекомендаціями лікаря?
- Чи правильно приймає ліки?

Передумовою ефективності терапії бронхіальної астми у дітей є точні відомості про суть і діапазон проблем, з якими стикаються діти, їхні батьки й лікарі у разі застосування інгаляційного способу лікування. Більшість проблем, які виникають на тлі використання дозованих інгаляторів (велика швидкість аерозолі на виході з мундштука, неможливість скоординувати розприскування аерозолі й інгаляцію), можна вирішити, застосовуючи різні затримувальні камери (спейсери) з масками. Ці пристрої забезпечують сповільнення швидкості частинок аерозолі і зменшують їх розмір, а лицева маска, приєднана до спейсера, дає змогу використовувати дозовані інгалятори навіть у дітей грудного віку і спрощує їх експлуатацію. Однак у період тяжкого нападу бронхіальної астми більшість дітей не спроможні правильно застосувати дозовані аерозольні препарати; у таких випадках для інгаляційного введення ліків слід використовувати небулайзер (розпилювач).

Задля справедливості треба визнати, що сьогодні ми не можемо стверджувати, що якийсь конкретний спосіб інгаляційного подання препаратів є найкращим. Усі з них мають право на існування, усі диктують потребу формувати певні навички і тому передбачають навчання пацієнта техніці проведення інгаляцій з подальшим контролем, що дозволяє істотно підвищити показник безпомилкового проведення інгаляцій. Лікар повинен не розповідати, а наочно продемонструвати пацієнтові техніку інгалювання.

Якщо протягом 3 міс бронхіальна астма у хворого є контрольованою, необхідно зменшувати інтенсивність терапії, у разі досягнення часткового контролю доцільно інтенсифікувати лікування. У міжнародному документі ICON також зазначено, що важливим аспектом досягнення контролю бронхіальної астми у дітей є адекватна терапія супутнього алергічного риніту.

Відомо, що основою лікування загострення бронхіальної астми є призначення

бронхолітичних препаратів: симпатоміметиків (найчастіше β_2 -агоністів короткої дії); холінолітиків; препаратів метилксантинового ряду; комбінованих препаратів, до складу яких входять бронходилататори різних груп. Згідно з останніми міжнародними і вітчизняними рекомендаціями препаратами першого ряду є β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамолу сульфат, фенотеролу гідробромід). У разі їх недостатньої ефективності β_2 -агоністи короткої дії комбінують з холінолітиком — іпратропію бромідом.

Не втрачає актуальності в лікуванні загострення бронхіальної астми у дітей і призначення препаратів метилксантинового ряду. Амінофілін є незамінним препаратом у випадку тяжкого нападу бронхіальної астми, коли необхідно вводити його внутрішньовенно. Якщо застосування бронхолітиків не дозволяє усунути напад бронхіальної астми, препаратами вибору залишаються системні глюкокортикостероїди.

У найсучасніших міжнародних і вітчизняних рекомендаціях наголошується на високій ефективності АСІТ причинно значущими алергенами. Доведено, що цей метод лікування сприяє істотному зниженню активності хронічного запалення у бронхіальному дереві. АСІТ слід проводити за умови досягнення контролю дітям, старшим 5 років (можливе призначення з 3 років), що хворіють на атопічну бронхіальну астму легкого й середньотяжкого перебігу. Тяжкий перебіг хвороби є протипоказанням до призначення АСІТ. У документі ICON підкреслюється висока ефективність класичного методу АСІТ (парентерального) у разі сенсibiliзації до алергенів кліщів домашнього пилу, пилку рослин та епідермісу тварин. Зазначено, що на сьогодні немає достатньої кількості переконливих даних щодо потреби в застосуванні АСІТ у разі сенсibiliзації до алергенів плісняви й тарганів. Мінімальний термін проведення АСІТ — 3 роки, оптимальний — 5. Критеріями припинення АСІТ є відсутність клінічних проявів астми впродовж року за відсутності лікування базисними фармакологічними препаратами й негативні результати прик-тестування.

Таким чином, слід розуміти, що міжнародний консенсус ICON є не лише цінним джерелом інформації і спробою узгодження всіх існуючих рекомендацій з діагностики й лікування бронхіальної астми, а й документом, автори якого прагнули спростити, максимально наблизити до практики, індивідуалізувати лікування. Необхідно зазначити, що основні тези документа значною мірою збігаються з положеннями уніфікованого вітчизняного клінічного протоколу. Протокольні стандарти сьогодні, напевно, не слід розглядати безапеляційно, однак вони можуть слугувати аргументом, який дискредитує лікаря з позиції права, тому кожен фахівець має їх знати і правильно трактувати. Протоколи покликані допомагати лікарю, але вони не звільняють його від обов'язку клінічно мислити й індивідуалізувати лікування. **Що потрібно нашим пацієнтам сьогодні?** Спокій і психологічний комфорт, зрозумілі й відпрацьовані режим дозування та техніку проведення інгаляцій, віра в успішність лікування за умови чіткого дотримання лікарських рекомендацій. Усе це ми можемо їм дати, і все це визначається нашим умінням працювати з хворим.

Список літератури знаходиться в редакції.



**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укріпшити»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день