# Бронхіальна астма у дітей: клінічна практика та доказова медицина

**Бронхіальна астма (БА) – це найпоширеніше хронічне захворювання дихальних шляхів у дітей. Незважаючи на те що кожен педіатр чи сімейний лікар стикається з такими хворими, існують міжнародні стандарти діагностики та лікування, у клінічній практиці досі зустрічаються випадки гіпо- та гіпердіагностики захворювання, грубі помилки у лікуванні дітей з БА. Складність ведення педіатричних хворих із БА пов'язана з різноманітністю клінічних проявів, що можуть відрізнятися від симптомів у дорослих, обмеженістю діагностичних можливостей у дітей молодшого віку тощо. Крім того, серед батьків і деяких лікарів поширені застарілі переконання щодо лікування БА, яке не лише стає неефективним, а й може нашкодити здоров'ю дитини.**

**Завідувачка кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Леся Василівна Беш** у рамках науково-практичної онлайн-конференції «Дитяча алергологія вчора, сьогодні, завтра» розглянула дуже важливі аспекти діагностики та лікування педіатричних пацієнтів з БА, порівняла ключові положення міжнародних рекомендацій із реаліями вітчизняної практики, які слід негайно коригувати для збереження здоров'я дитячого населення.

– Сьогодні БА належить до контрольованих захворювань, тактика лікування її чітко прописана у міжнародних узгоджувальних документах. Український протокол щодо ведення дітей з БА відповідає міжнародним стандартам. Проте часто виникає розбіжність між доказовою медициною та клінічною практикою, що є підґрунтям для виникнення багатьох проблем. Якщо розглянути «піраміду доказовості», то на верхівці розташований метааналіз, проте в основі лежить думка експерта, який безпосередньо працює з хворим. Таким чином, при вирішенні складних питань щодо ведення пацієнта з БА слід враховувати дві позиції: доказової медицини та клінічної практики.

## Коли діагностувати та починати терапію БА?

В останніх переглядах узгоджувального документа Глобальної ініціативи з астми (GINA) наведені конкретні та доступні для клініциста алгоритми дій. Проте у дітей молодшого віку БА може мати різний перебіг, який відрізняється від такого у дорослих пацієнтів. При повторних епізодах бронхообструкції (задишка, свистливе дихання, нападоподібний кашель) у дитини про БА слід подумати при наявності таких ознак:

- атопічний анамнез (збільшує вірогідність БА, але не є обов'язковим критерієм встановлення діагнозу);
- періодичність виникнення симптомів: щонайменше 3 епізоди бронхообструкції із задокументованим покращенням після застосування $\beta_2$-агоністів короткої дії;
- один тяжкий епізод бронхообструкції, через який дитина потребувала госпіталізації і застосування системних кортикостероїдів;
- виникненню загострень передувала не лише вірусна інфекція, а й дія алергенів чи фізичні навантаження.

Складним моментом є проведення диференційної діагностики БА від бронхообструктивного синдрому, спровокованого інфекцією. Слід підкреслити, що виникнення бронхообструкції на фоні інфекції не виключає БА, але вірогідність діагнозу є значно вищою, якщо ці епізоди спостерігалися не у зв'язку зі впливом інфекційного агента. Лікар будь-якої спеціальності (у тому числі сімейний лікар, педіатр) може призначити пацієнту з підозрою на БА пробну базисну терапію, ефективність якої буде підтвердженням діагнозу.

Найкращим варіантом для лікування при будь-якому захворюванні є монотерапія. Згідно з останніми рекомендаціями GINA, як стартова терапія першочергового вибору є інгаляційні глюкокортикостероїди (іГКС). Альтернативою для лікування при БА є антилейкотрієнові препарати (як монотерапія – при легкій БА, у комбінації з іГКС – при середньотяжкій БА), які застосовуються у випадках, якщо пацієнт не може або не хоче приймати іГКС, погано переносить лікування іГКС або має супутній алергічний риніт.

Незважаючи на існуючі міжнародні рекомендації щодо обстеження та лікування пацієнтів з БА, на практиці часто виникають парадоксальні ситуації. Згідно зі світовими даними, приблизно у 40% хворих БА має епізодичний (інтермітивний) легкий перебіг. У таких клінічних ситуаціях лікарі часто сумніваються щодо наявності у пацієнта БА та не призначають терапію.

При інтермітивній БА використовують дві стратегії: тривалу базисну терапію та терапію за потребою. Сьогодні світова медична спільнота віддає перевагу першому варіанту, проте терапія за потребою, яка за останній рік зазнала істотних змін, також має місце у клінічній практиці. Донедавна як терапію за потребою призначали $\beta_2$-агоністи короткої дії. Проте у зв'язку із тим, що більшість летальних випадків у хворих на БА пов'язана з передозуванням $\beta_2$-агоніста короткої дії через викликану нечутливість $\beta_2$-рецепторів, GINA рекомендує як терапію за потребою разом з $\beta_2$-агоністом короткої дії призначати іГКС.

В основі лікування пацієнтів з БА лежить інгаляційна терапія. Проте слід підкреслити, що не існує найкращого універсального способу проведення інгаляції. Зазвичай при виборі способу доставки інгаляційних лікарських засобів лікарі віддають перевагу небулайзеру. Але існують ситуації, особливо при лікуванні дітей молодшого віку, коли цей спосіб не підходить, наприклад, під час інгаляції дитина плаче, що супроводжується значним зниженням легеневої депозиції лікарського засобу аж до мінімальної. Тому застосування дозованих аерозолів через спейсер є альтернативним способом доставки діючої речовини у дихальні шляхи у дітей.

Важливою для обговорення проблемою є БА у підлітків. З одного боку, у дітей цієї вікової категорії завдяки широким діагностичним можливостям легко визначити наявність хвороби, але з іншого – складно досягти бажаного контролю симптомів. Сьогодні виділяють низку причин цього парадоксу, серед яких найбільш значущою є низька прихильність підлітків до лікування. Небажання дотримуватися рекомендацій лікаря пов'язана з особливостями їх психоемоційного стану (агресивна налаштованість, страх здаватися хворим перед ровесниками, формування власної «правильної» думки тощо). Тому лікарю необхідно враховувати цей аспект та обрати ту стратегію, яка дозволить досягти високої прихильності хворого до лікування, і, як наслідок, отримати бажаний результат.

У Канаді у 2012 р. було проведено когортне ретроспективне дослідження за участю 227 дітей з БА легкого та середньотяжкого ступеня, метою якого було оцінити прихильність пацієнтів до різних схем терапії. Учасників дослідження розподілили на 2 групи: 1-ша група отримувала монтелукаст, 2-га – іГКС. У результаті було виявлено, що виконували рекомендації лікаря 97% учасників 1-ї групи, у той час як 2-ї групи – лише 62% (F.M. Ducharme et al., 2012).

Одним із критеріїв, який забезпечить високий рівень довіри пацієнта до лікаря, є індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Тому завдання лікаря обрати той лікарський засіб, який буде оптимальним для пацієнта як за клінічними, так і за економічними характеристиками. На українському фармацевтичному ринку монтелукаст представлений в тому числі й добре відомим препаратом Глемонт (фармацевтична компанія «Гленмарк Фармасьютикалз Лтд»), біоеквівалентним оригінальному монтелукасту. У лікуванні пацієнтів з патологією алергічної природи важливо враховувати вміст допоміжних речовин у препараті. Так, до складу лікарського засобу Глемонт входить мінімальна кількість допоміжних речовин. Препарат не містить барвників. Монтелукаст, на відміну від бронхолітиків та муколітиків, забезпечує тривалий протизапальний ефект, зменшує частоту і тяжкість обструкції, а отже й професійне навантаження на лікарів. Препарат Глемонт застосовується у дітей віком 2-5 років у дозі 4 мг 1 раз на добу, 6-14 років – 5 мг 1 раз на добу, старше 15 років – 10 мг 1 раз на добу.

Завдяки досягненням фармакології з'явилося значно більше можливостей лікування пацієнтів з БА (зокрема, завдяки монтелукасту), проте іГКС залишаються основною опцією у веденні таких хворих. Серед парадоксів у лікуванні дітей з БА і досі зустрічається стероїдофобія (як серед пацієнтів, так і серед лікарів), безпідставне призначення дітям з діагностованою БА антибіотиків, відхаркувальних засобів, спазмолітиків, імуномодуляторів, самовільне зниження дози або припинення застосування базисних препаратів. Часто пацієнт сприймає БА як епізодичну хворобу, тому віддає перевагу лікуванню «від нападу до нападу». Завданням лікаря є пояснити пацієнту та його родичам, що БА є хронічною хворобою, яка потребує постійного базисного лікування.

При веденні загострень БА у госпітальних хворих нерідко допускають такі грубі помилки: проведення невиправдано інтенсивної інфузійної терапії, введення спазмолітиків, одночасне застосування пероральних та інгаляційних $\beta_2$-агоністів, призначення фізіотерапії чи недозволених для інгалювання речовин (мінеральних вод, трав'яних відварів тощо).

**Отже, протокольні стандарти лікування пацієнтів з БА покликані допомагати лікарю у прийнятті рішень, проте вони не звільняють його від потреби клінічно мислити та індивідуалізувати лікування. На сьогодні не існує універсального, ідеального підходу до лікування БА, проте є широкий діапазон терапевтичних можливостей, серед яких необхідно обрати ту опцію, яка буде дієвою у конкретному клінічному випадку.**

*Підготувала* ***Ілона Цюпа***